

EMA, Masteroppgave, Kull XXII.  
Høsten 2010.  
Bergsvein Byrkjeland



## *Mestre jobben – mestre livet*

Evaluering av et mestringsstilbud til  
arbeidstakere med rusrelatert sykefravær.

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi  
Institutt for helse og samfunn  
Universitetet i Oslo

## **Innhold:**

<b>1. INNLEDNING</b>	<b>3</b>
1.1 Problemstilling	5
<b>2.0 METODE</b>	<b>6</b>
2.1 Validitet	8
2.2 Reliabilitet	9
2.3 Det vi ikke måler	10
<b>3. BESKRIVELSE AV TILBUDET</b>	<b>11</b>
3.1 Mål	11
3.2 Målgruppe	12
3.3 Faginnhold	12
3.4 Prosjektorganisering	19
<b>4.0 RESULTATER</b>	<b>23</b>
4.1 Bakgrunnsvariabler og kursevaluering	23
4.2 Pasientaktiveringsmål (Patient activity measure – PAM 13)	28
4.3 Helse relatert livskvalitet SF 12	31
<b>5.0 DRØFTING</b>	<b>35</b>
5.1 Bedret livskvalitet?	35
5.2 Bedret pasientaktivering?	38
5.3 Hva med kunnskapsmålene?	40
5.4 Tiltaksutvikling og kostnader	41
<b>6.0 OPPSUMMERING OG VIDERE FORSKNING</b>	<b>43</b>
<b>7.0 LITTERATUR</b>	<b>44</b>

## 1. Innledning

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er innrettet etter gjeldende lovverk i spesialisthelsetjenesten. Sentralt i dette lovgrunnlaget er pasientrettighetsloven som skal sikre nødvendig helsehjelp etter en vurdering av rett til helsehjelp opp mot forskrift om prioritering (nytte, alvorlighet og kostnad) og tilhørende veiledning.

Estimerte prevalenstall for injiserende rusavhengige ligger i Norge på rundt 8500-12500 (Bretteville-Jensen og Amundsen 2006) mens tilsvarende tall for alkohol og medikamentrelaterte lidelser ligger betydelig høyere avhengig av hvilke kriterier man legger til grunn. Flere tilgjengelige statistiske parametre viser en stabil eller nedadgående tendens når det gjelder illegale stoffer. Dette gjelder særlig selvrapportert bruk blant ungdom og narkotikarelaterte dødsfall, mens tallene for beslag og anmeldte lovbrudd er mer sammensatte.

Uten å bagatellisere utfordringene overfor, er tendensene mht alkohol (og for øvrig ulike vanedannende medikamenter) større. Det et temmelig etablert faktum at økt forbruk av alkohol gir økt sykkelighet både som primærlidelse, men kanskje i større grad som bakenforliggende faktor til medisinske, kirurgiske (traumer mv) og psykiske lidelser og skader.

Å estimere volum av alkoholavhengighet er problematisk fordi diagnosekriteriene verken er basert på hvor ofte eller hvor mye man drikker, men mer på skadevirkningene. Fekjær (2005) har gjort en studie av 2051 Oslo-borgere i alderen 18 – 59 år. I denne undersøkelsen svarte 38 % at de noen gang hadde opplevd minst ett av følgende åtte problemer knyttet til egen drikking: krampe, fått kritikk for egen drikking, skade/ulykke, slåssing, borte fra arbeid/forelesning, gjort noe straffbart, helseplager, sykdom, uønsket seksuell oppmerksomhet.

Fekjær sier at ut fra slike data skulle det i prinsippet være mulig å anslå hvor mange alkoholikere det er i Oslo. Likevel - tallet en kommer til avhenger selvsagt av hvor mange problemer man legger til grunn eller definerer som cut-off. Setter vi 7 av disse 8 problemene/konsekvensene som forutsetning kan vi estimere ca 2700 personer med alkoholavhengighet i hovedstaden. Setter vi grensen ved kun 3 problemer/konsekvenser har vi plutselig et betydelig større volum med 44500 personer med alkoholavhengighet. Følgelig kan vi ikke bruke en slik studie til å estimere prevalens av alkoholavhengighet, men resultatene sier likevel noe hvordan mennesker selv definerer alkoholbruk som problembelastende.

Kringlen og Cramer (2001) beregner at det i Oslo er ca 22% av befolkningen som en gang løpet av livet får alkoholproblemer. Forfatterne anslår prevalensen til ca 10%, og disse har økt sykkelighet og står for om lag 20% av alle innleggelser i medisinske avdelinger. Andelen av alkoholrelaterte innleggelser ved skade og/eller traume anslås å være betydelig høyere enn dette. *"Denne pasientpopulasjonen har også høy forekomst av reinnleggelser og ikke minst høy forekomst av komplikasjoner til behandling. Pasienter med alkoholinntak på 21 alkoholenheter eller mer per uke har for eksempel 3-5 ganger høyere frekvens av komplikasjoner ved kirurgisk behandling"* (Helse S-Ø, Oslo kommune 2009).

En annen kilde som dokumenterer hyppighet av alkoholkonsum er Borgan og Pedersen som i "Samfunnspeilet" publiserte en artikkel om forholdet mellom bosted og helse i Norge. Når det gjelder Oslo og Akershus oppsummerer forfatterne at *"mens det er færrest dagligrøykere i hovedstadsområdet, er bildet motsatt når vi ser på folks drikkevaner. Hver fjerde voksne i Oslo og Akershus drikker alkohol minst to ganger i uka. Dette er en dobbelt så stor andel som i Hedmark og Oppland. Personer i aldersgruppa 45-66 år drikker oftere alkohol enn de eldre og*

*de yngre. At andelen er lavere blant de eldre kan til dels være en generasjonseffekt, da disse kan ha drukket mindre enn dagens middelaldrende, den gang de tilhørte denne aldersgruppa.”* (Borgan & Pedersen 2009)

Kringlen & Cramer (2001) støtter denne tendensen og hevder det er grunn til å anta at det er vesentlig flere storforbrukere av alkohol i de store byene og i Oslo spesielt. Dette er et bilde som bekreftes av Strand & Steiro (2003) som oppsummerer at justert for kjønn, alder, periode, utdanning og inntekt var forskjellen i alkoholkonsum mellom Oslo/Akershus og Sør- og Vestlandet om lag 40%.

Problemer og konsekvenser knyttet til konsum, storforbruk og avhengighet til alkohol viser seg altså oftere i storbyen enn på landsbygda. I denne sammenhengen er vi særlig interessert i alkoholbruk og arbeidsliv. I en studie basert på data fra 1957 til 2001 (Norström og Moan 2009) er alkoholforbruket økt med en liter ren alkohol per innbygger samtidig med 13 prosent økning i sykefraværet blant menn. Alkohol hadde derimot ingen signifikant betydning for sykefraværet blant kvinner.

Det er lett å akseptere at en rekke studier viser sammenheng mellom storforbruk/misbruk av alkohol og arbeidsledighet. Likevel - i Mangione (1999) tyder resultatene på at til tross for at de som drikker store mengder alkohol har større problemer med å yte arbeidsinnsats enn de som drikker mindre, så sto de som drikker mindre eller moderat for en større andel av problemene - nettopp fordi dette gjelder flere. Paradokset er med andre ord at de store alkoholproblemene i samfunnet skyldes i større grad de som drikker moderate mengder, enn de som drikker store mengder. Individuelt har de som drikker moderate mengder lavere risiko for problemer knyttet til rusbruk, men samfunnsmessig er de et større problem.

Hjelpetilbudet både i kommunal- og spesialisthelsetjenster er i dominerende grad innrettet etter ”tyngre” ruslidelser på samme vis som den offentlige debatten omhandler ulike deler av denne populasjonen (ref heroinutdeling). Dette forholdet omtales i en utredning til Rusakutten der det heter at det ikke bare er *”blant de ”tyngste” man finner personer som ikke får de helsetjenestene de trenger. Mange personer med rus og avhengighetsproblemer behandles i helsetjenesten for skader og sykdommer forårsaket av rus, uten at denne sammenhengen erkjennes, og uten at de får tilbud om behandling for sine ruslidelser. Dette er en gruppe pasienter som er lite synlige i det offentlige rom.”* (Helse S-Ø, Oslo kommune 2009)

Vinteren 2009 var jeg involvert i et prosjekt der vi utviklet og gjennomførte et mestringsprogram der målgruppen ble definert som unge pasienter (under 23 år) på venteliste til tverrfaglig spesialisert behandling for sine ruslidelser. Pasienter under 23 år har en egen prioritet i med særskilte tidsfrister for vurdering og behandling, og vår erfaring var at dette systemet for prioritering av unge fungerer på en slik måte at det simpelthen ikke var tid eller rom for noe ”tiltak” mellom rettighetsvurdering og behandling. Mao var erfaringen målgruppen i liten grad fantes.

Jeg hadde også nærmet meg problemstillingen fra en helt annen kant: På oppdrag fra ledelsen gjorde jeg våren 2007 en kort utredning der oppdraget var å vurdere om deler av rusklinikkens tilbud kunne omarbeides/tilpasses til kriteriene for ”Raskere Tilbake” (Byrkjeland 2007). Mye kan også sies om dette, men konklusjonen var at målgruppen for raskere tilbake (arbeidstakere som er eller står i fare for å bli sykemeldte) kun i liten eller sporadisk grad var tilstede i rusklinikkens tjenesteapparat. Dette er selvsagt å beskrive en sammensatt virkelighet med svært bred pensel; det *er* arbeidstakere med rusmiddelproblemer i behandling både i poliklinikker,

dagbehandling, avgifting og døgnbehandling. Volumet er også mulig å tallfeste, men det prinsipielle er at spesialisthelsetjenestens tilbud til ruspasienter er basert på prioriteringsforskriftens kriterier om alvorlighet, kostnad og nytte. Pasienter som er i arbeid vil gjerne ha en "lavere" alvorlighet da tilknytning til arbeidslivet - selv om man ruser seg mye - krever at man opprettholder en viss disiplin og fasade i sin døgnrytme. En vurdering av "nytte" og "kostnad" kan likevel slå fordelaktig ut hos denne pasienten, men likevel er han/hun sjelden å se i rusklinikkens journaler (Lilleeng 2007).

Dette kan bero på at kriteriet om "alvorlighet" er mer avgjørende enn de to andre, men også at denne pasientgruppen ofte aktivt skjuler sitt forbruk av rusmidler. Pasienten kan ha en rasjonell interesse i å holde sitt rusforbruk skjult både for fastlege, bedrifthelsetjeneste og arbeidsgiver – av den enkle grunn at man ønsker å beholde jobben, og ikke ser hvordan man skal kunne redusere/avbryte rusbruken sin.

Med andre ord har vi et helseproblem med stort volum som i liten grad fanges opp av sykehuset sine ulike tilbud. Med utgangspunkt i dette fikk jeg våren 2009 et mandat om å utvikle mestringstilbud til grupper av mennesker med rusmiddelproblemer eller -avhengighet. Et kriterium for inklusjon skulle være status som arbeidstaker.

Hensikten med prosjektet var å utvikle og gjennomføre et læringstilbud innen livs- og rusmestring for arbeidstakere som er, eller står i fare for å bli, sykemeldte. Med prosjektet ville vi utvikle et læring- og mestringstilbud basert på annerkjente og evidensbaserte moduler til yrkesaktive personer med et problematisk forhold til rusmidler. En prosjektgruppe ble etablert og vurderte at et tilbud om læring og mestring ville være lettere tilgjengelig med en lavere terskel for aktuelle deltakere både i form av mindre formalia til henvisning og vurdering, og mindre skamfølelse i rollen som "kursdeltaker" enn som "ruspasient".

Stikkord for tilbudet ble formulert som en **helhetlig** tilnærming gjennom fag- og brukerbasert **bredde** innen en **intensiv** ramme på 14 dager.

Tilbudet innholdt elementer fra rus, rusbruk og avhengighet med fagkunnskap om ulike forståelsesrammer for avhengighet og modeller for avhengighetsutvikling. I kurset formidlet man et helhetlig bilde av ulike teoretiske skoleretninger innen avhengighet. Gjennom en slik bred tilnærming ville vi formidle forståelse av kompleksitet og sammensetning av ruslidelser, og danne grunnlag for gjenkjenning blant deltakere i en heterogen gruppe.

## **1.1 Problemstilling**

Denne oppgaven har to siktemål, der det ene er å gjøre rede for utvikling og gjennomføring av et mestringstilbud til arbeidstakere med rusrelatert sykefravær. Denne delen søker å gi en beskrivelse av en prosess fra idè til gjennomførte mestringsgrupper. I denne prosessen har det foregått valg basert på ulike preferanser der aktører med profesjonell og brukerbasert kompetanse har samarbeidet.

Utviklingsprosessen og prosjektet har fulgt en mal utviklet av Læring- og mestringssentrene i Norge, der "*fagkunnskap og brukererfaring sidestilles ved å planlegge, gjennomføre og evaluere læringstilbudene i likeverdig samarbeid.*" (Aker LMS, Udatert). Denne prosessen har heller ikke foregått i et organisatorisk vakuum, men er gjort mulig fordi aktører har prioritert å yte sitt bidrag med godkjenning fra sin lokale ledelse.

Produktet av denne prosessen er den faktiske gjennomføringen av tilbudet; først til to pilotgrupper høsten 2009, siden 5 grupper våren 2010 og 5 (planlagte) høsten 2010. I grunnlagsmaterialet for denne oppgaven ligger data fra de første 6 gruppene.

I den andre delen av oppgaven vil jeg gå dette produktet kritisk etter i sømmene gjennom en evaluering. Evaluering i denne sammenhengen er å undersøke forholdet mellom målsetninger og resultater. Vi skal altså ikke evaluere prosessen, men resultatet av produktet; i hvilken grad har vi (eller snarere deltakerne) oppnådd de resultatene vi satte som målsetninger.

Til denne delen har vi tilgjengelig ulike data. Disse er samlet inn fortløpende og basert på pilotgruppene (høsten 2009) og 4 av 10 grupper i 2010.

### **Problemstillinger**

a. Oppgaven skal gi en kort beskrivelse av prosjektering, innhold, gjennomføring og evaluering av et nytt mestringstiltak for arbeidstakere med ruslidelser.

b. I hvilken grad har denne intervensjonen gitt måloppnåelse på  
kunnskapsmål  
helserelatert livskvalitet  
pasientaktivering

Presisering av problemstilling b - kunnskapsmål

1. Bedret kunnskap om rus, ruslidelser og kjennetegn på avhengighetsutvikling
2. Bedret kunnskap om plikter, rettigheter, muligheter og begrensninger i et arbeidsforhold preget av rusbruk og rusrelatert sykefravær
3. Bedret generell kunnskap om hjelpetilbud fra frivillige og kommunale organisasjoner samt behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten
4. Bedret kunnskap og erfaring med frivillige nettverk og selvhjelpsgrupper; 12-trinnsbaserte grupper og andre

Presisering av problemstilling b – helserelatert mestring og livskvalitet

5. Bedret selvrapportert mestring ("Pasient activity measure"; PAM13)
6. Bedret selvrapportert helserelatert Livskvalitet ("Short Form Health Survey"; SF12)

## **2.0 Metode**

De to problemstillingene løses gjennom ulike metodevalg, der del 1 er en beskrivelse av en prosess med utgangspunkt i ulike kilder: Litteraturstudium, prosjektlogg, møtereferater fra prosjektgruppen og andre grupper, rapporter til ledelse og to rapporter til Helse Sør-Øst som har formidlet prosjektstøtte fra "Raskere Tilbake" til dette prosjektet.

Slik sett er denne delen av oppgaven preget av en kvalitativ tilnærming der studieobjektet er en prosess langs en tidsakse fra idé til prosjektavslutning – i denne fase planlagt medio desember 2010. Denne prosessen er i ulik grad og med varierende presisjonsnivå dokumentert gjennom kildene nevnt over. Om kvalitative metoder sier Holter (1996) at de er *"mange og rent teknisk ganske forskjellige. Felles for en del av dem er bruken av verbale utsagn både når det gjelder tilnærmingen til forskningsfeltet og respondentene, og ved materialbeskrivelsen. Numeriske betegnelser kommer i bakgrunnen"* .

Grønmo (1996) refererer til det før uforsonlige forholdet mellom kvalitativ/kvantitativ forskning illustrert ved sitatene *"if you can't count it, it doesn't count"* og det motsvarende *"if you can count it, that ain't it"* og oppklarer at *"begrepsparet kvalitativ/kvantitativt i første rekke refererer til en egenskap ved de dataene som samles inn og analyseres"*.

En deskriptiv beskrivelse basert på kvalitative metoder er en krevende øvelse som forutsetter planlegging og systematikk i innsamling, analyse og tolkning av data, og dessuten at man åpent gjør rede for svakheter.

I denne sammenhengen er disse kravene bare delvis innfridd. Tanken på at dette prosjektet skulle bli gjenstand for en masteroppgave kom sent og bidrog til at ulike deler av prosessen er mangelfullt beskrevet eller dokumentert med lav kvalitet.

Man kunne også tenke seg en slik prosessbeskrivelse som grunnlag for en mer problematiserende drøfting, men det er ikke min intensjon her. Hoveddelen i denne oppgaven er en evaluering av måloppnåelse, men den delen bygger på en deskriptiv beskrivelse og klargjøring av intervensjonen. Derfor vil jeg ikke legge et grunnlag for å drøfte for eksempel interessenhetsetninger og konfliktlinjer mellom aktører, eller andre prosessuelle poenger som kunne vært av interesse i en annen sammenheng.

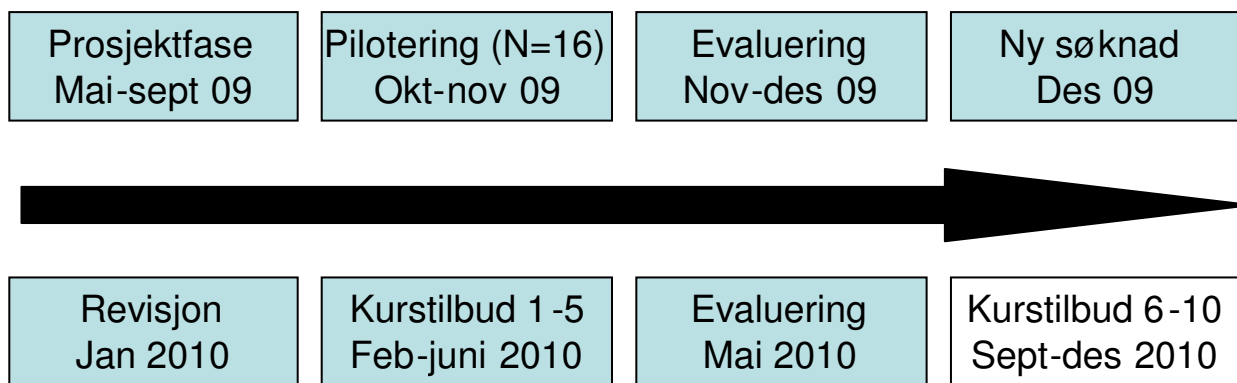
Oppsummert er del 1 en kortfattet beskrivelse av en utviklingsprosess mot et mestringstilbud der vekten er lagt på tverrfaglighet, metodevalg, innholdselementer og øvrige didaktiske kategorier. Intensjonen er ikke en prosessevaluering, men en beskrivelse av tilbudet før det gjøres til gjenstand for en evaluering i del 2.

I del 2 søker jeg å klargjøre i hvilken grad deltakerne som gruppe kan sies å ha nådd målene som ble formulert:

- Bedret kunnskap om rus, ruslidelser og kjennetegn på avhengighetsutvikling
- Bedret kunnskap om plikter, rettigheter, muligheter og begrensninger i et arbeidsforhold preget av rusbruk og rusrelatert sykefravær
- Bedret generell kunnskap om hjelpetilbud fra frivillige og kommunale organisasjoner samt behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten
- Bedret kunnskap og erfaring med frivillige nettverk og selvhjelpsgrupper; 12-trinnsbaserte grupper og andre
- Bedret selvrapportert mestring ("Pasient activity measure"; PAM)
- Bedret selvrapportert helserelatert Livskvalitet ("Short Form Health Survey"; SF12)

Som grunnlag for å besvare disse spørsmålene har jeg benyttet ulike spørreskjema og samlet inn i hovedsak kvantitative data. Disse skjemaene (vedlegg 1-4) er

- LMS standard forventningskartlegging
- SF 12 (Short form 12, Helserelatert livskvalitet)
- PAM 13 (Patient activation measure/pasientaktiveringsmål)
- LMS standard evalueringsskjema (noe tilpasset denne intervensjonen)



**Figur 1: Prosjektutvikling. (Datainnsamling tom kurs nr 4 2010)**

Figur 1 over viser gangen i prosjekt og datainnsamling gjennom 2009 og 2010, der denne oppgaven er basert på evalueringsdata tom kurs nr 4 våren 2010 (N=37). "Søknad" og "evalueringer" er dokumenter til Helse Sør-Øst som er forvalter av midler til "Raskere Tilbake.

## **2.1 Validitet**

Hellevik (2002) hevder at validitet sier noe om graden av samsvar mellom teoretisk og operasjonell definisjon av et begrep. Med andre ord om de data man har samlet inn (empiri) kan brukes til å belyse de spørsmålene (teori) man har formulert.

I denne oppgavens del 1 er oppgaven mer å gjøre rede for en utviklingsprosess enn å besvare et spørsmål eller falsifere en strengt formulert hypotese. Gitt denne oppgaven kan kvalitative analyser av referater, litteratur og rapporter, gi høy validitet. En kanskje bedre tilnærming kunne alternativt være bruk av (deltakende) observasjon, gjerne supplert med intervjuer.

I oppgavens del II søker jeg å måle kunnskap og læring hos deltakere i en mestringsgruppe. Dette er noe skoleforskere har slitt med i generasjoner: Når har man lært noe? Hva er definisjonen på "læring"? Når sitter kunnskapen? Må man anvende kunnskapen i en praktisk situasjon (utenfor læringssituasjonen) for at man skal kunne si at man har lært noe?

Å gå inngående inn i læringsbegrepet vil sprengte alle rammer for denne oppgaven, men Wikipedia oppsummerer status ved å dele læringsdefinisjoner inn i atferdsteoretiske, kognitive og sosiokulturelle paradigmer og legger til med et understatement at "*det er ulike syn på læring*". Skoleforskere og utdanningsforvaltning er også blitt mer opptatte av å måle læringsutvikling på flere punkter for å kunne si noe om (atferdsteoretisk) læring i det hele tatt. I en slik forståelse av læring forutsettes at man måler kunnskap over tid – der man gjennomfører en kunnskapsprøve (pretest), administrerer en læringsintervensjon og gjennomfører en ny kunnskapsprøve (posttest). På denne måten kan en isolere læringseffekt uavhengig av ulike genetiske og/eller sosioøkonomiske utgangspunkt mv.

Her er vårt prosjekt et godt stykke unna idealet. I vår sammenheng har en prosjektgruppe stilt opp målformuleringer for deltakere i et mestringsprogram. Flere av målformuleringene er kunnskapsbaserte, men det er ikke gjennomført kunnskapsprøver verken før eller etter intervensjonen.



Våre data beskriver ikke kunnskapsutvikling/læring, men hvorvidt deltakerne vurderer læringstilbudet som ”nyttig”, ”viktig”, ”bra” eller har ”lært noe nytt” (ref vedlegg 4). Med utgangspunkt i slike data kan vi vanskelig si noe fornuftig om deltakernes læringseffekt, og vi må følgelig vurdere validiteten som lav. Det disse evalueringsdataene kan belyse, er *forutsetninger* for å lære. Dersom deltakerne vurderer kurselementer som ”unyttig”, ”uviktig” og ”dårlig” kan vi *anta* at læringseffekten er lav på dette stoffområdet. Problemet er likevel at dette blir antagelser; paradoksale læringseffekter er fenomener som mange av oss kan gjøre rede for, og det er ikke slik at det kun er de ”nyttige” læringserfaringene vi senere i livet gjør oss nytte av.

I noen grad har også deltakerne gitt kvalitative kommentarer på de ulike skjemaene, og dessuten muntlig ved avslutningen av hver gruppe. Følgelig sitter jeg også på en base av kvalitative evalueringsdata som kunne blitt gjenstand for kategorisering og analyse. En mer systematisk innsamlet kvalitativ database kunne i denne sammenhengen økt validiteten betydelig. Utdypende sitater fra deltakerne kunne for eksempel forklare ikke bare hva som var viktig lærestoff, men hvordan den enkelte ville ta i bruk denne kunnskapen i egne endringsprosesser. I denne sammenhengen er dette ikke min hensikt. Manglende mengde, systematikk og ressurser gjør at de kvalitative kommentarene her blir illustrerende sitater mer enn substansielle deler av en argumentasjon eller drøfting.

Når det gjelder ”Patient Activation Measure” (PAM 13, på norsk ”pasientaktiviseringsmål”) og ”Helserelatert livskvalitet” (SF 12) er dette to eksempler på ”validerte instrumenter” som er utviklet av hhv Hibbart (2004) og Ware & Sherbourne (1992) og Ware (2000).

Validering betyr enkelt sagt at man har arbeidet grundig både med begrepsmessig presisering og statistisk utprøving i flere grupper for å komme frem til spørsmål/påstander som sammen beskriver fenomener med en stabil fordeling. Siden kommer utfordringene med å ”parallellelforskyve” et instrument/spørreskjema fra et språk og kulturell referanseramme til en annen kontekst. Det er gjort i begge disse tilfellene av hhv Steinsbekk (2008) for PAM 13 og Loge et al 1998 (SF 36 og SF 12).

PAM 13 fremstår grundig i sin utvikling på amerikansk side der indeksen er kommersialisert ut av universitetet (Oregon) og inn i et selskap (Insignia Health). Det er en indeks på 13 påstander som raskåres før man finner et ”pasientaktiveringsmål” i en tabell med verdier fra 0-100. Denne er delt inn i 4 ”nivåer” der man ser for seg en ønsket utvikling i ”stadier” frem mot selvstendighet og ansvarlighet i egen helse.

Når det gjelder SF 12 er det en indeks opprinnelig basert på 36 påstander. Denne er utprøvd og utbredt i store deler av den vestlige verden som et mål på ”helserelatert livskvalitet”. I Norge er den oversatt og validert ved Loge et al 1998

## **2.2 Reliabilitet**

*Uvalg* av kildemateriale er et poeng av vesentlig betydning, særlig i denne konteksten der en ansvarlig prosjektleder selv er den som beskriver og evaluerer prosess og resultat. I en slik situasjon åpner det seg mange muligheter for selektive utvalg, tendensiøse gjengivelser og tolkninger med svakt empirisk grunnlag.

På norsk kan reliabilitet sies å være stabilitet i datainnsamling: At en annen mastergradsstudent med samme intervusjon og gruppe, eller at to datasett fra samme person på omtrent samme tidspunkt – begge ville vise tilnærmet like resultater. Når det gjelder prosjektbeskrivelse eller

oppgavens del 1 er dette lite sannsynlig og i denne delen av oppgaven må reliabiliteten beskrives som lav.

Når det gjelder oppgavens del 2 ser vi flere interessante resultater etter intervensjonen. Kan en endring tilskrives intervensjonen (kausal sammenheng), er det en sterk sammenheng eller en ren tilfeldig variasjon? Dette er et spørsmål mange forskere har stilt seg eller blitt stilt overfor av kritiske kolleger og/eller statistikk eksperter. I dette arbeidet har vi gjennomført en nokså intensiv intervensjon over 14 dager og administrert pretest dag 1 og posttest på gruppes siste dag.

Det kan fremmes argumenter for at en evt endring kan tilskrives intervensjonen som årsak. Innholdsmessig vil vi kunne peke på vektlegging av tilgjengelige løsninger og løsningsfokus, elementer av positiv psykologi innen en kognitiv ramme. Videre at man har lagt til rette for diskusjon og refleksjon omkring rusproblemer og muligheter for tilfriskning fra disse. Sammen med at tilbudet er arrangert innen en intensiv ramme med begrensede muligheter for andre tilsvarende impulser kan disse poengene sammenfatte en argumentasjon for at intervensjonen er årsak til en evt endring i helserelatert livskvalitet.

Med betydelig tyngde vil man kunne argumentere for den motsatte konklusjonen: Datamaterialet er for lite, og dessuten har deltakerne hatt 21 av 24 timer pr døgn tilgjengelig der de *ikke* har deltatt i intervensjonen. Videre er gruppen selektert til de mest motiverte som selv leser annonser i avisen og har egen motivasjon og/eller støtte fra signifikante andre til å selv oppsøke og gjøre seg nytte av tilbudet.

Det viktigste og mest grunnleggende ankepunktet er likevel hensyn til "Hawthorneffekten" – det at vi ikke vet om det er kvalitative sider ved vår nøye planlagte intervensjon som evt har effekt, eller om det er selve oppmerksomheten fra velmenende arrangører som i seg selv skaper en effekt hos deltakerne, eller det er vissheten om at man på et vis blir målt/deltar i en studie. En slik effekt er mulig å avdekke gjennom en oppfølgingsundersøkelse noe tid etter intervensjonen der deltakeren er tilbake i sin vante kontekst. En avgjørende svakhet er at denne oppfølgingsundersøkelsen ikke er gjennomført.

Oppsummert er det mulig å argumentere for at endringer i helserelatert livskvalitet i noen grad kan tilskrives intervensjonen. Dette kan grunnes i at det er benyttet validerte instrumenter som i mange ulike grupper har vist stabile resultater. Likevel har vi svakt grunnlag for å kalle dette en stabil endring da det ikke er foretatt noen form for oppfølgingsstudie en tid etter intervensjonen.

### **2.3 Det vi ikke måler**

Til sist i dette kapitlet må vi si noe mer grunnleggende om gyldighet når vi gjennomgår det som *ikke* måles. Vi har en målgruppe som er arbeidstakere, bruker uforholdsmessig mye rusmidler og som vi antar er oftere/mer sykemeldte fra arbeidet enn sine kolleger. Tilbudet er finansiert gjennom "Raskere tilbake" der hensikten med tilskuddsordningen er å *"bidra til at personer som mottar sykepenger, skal komme raskere tilbake i arbeid enn de ellers ville gjort"* (Holmås & Kjerstad 2010).

Stilt overfor en slik målgruppe ville det være nærliggende å måle andre effekter av intervensjonen som for eksempel  
(økt) arbeidsdeltakelse

(reduisert) rusbruk/(bedret) ruskontroll  
(reduisert) sykefravær

I stedet har vi altså valgt å evaluere kunnskapsmål ved intervensjonen samt - gjennom to instrumenter – å måle ”helserelatert livskvalitet”.

Det er en nokså lang vitenskapsteoretisk avstand mellom disse nivåene av målsetninger, og forsøk på å slutte fra (evt) bedret helserelatert livskvalitet til for eksempel redusert sykefravær er meget risikabelt. På denne måten rammes dette prosjektet av konklusjonen Holmås & Kjerstad (2010) der det heter at Raskere tilbake *”samlet sett trolig ikke er en suksess i samfunnsøkonomisk forstand, fordi reduksjonen i sykefraværet er for liten”*.

### 3. Beskrivelse av tilbudet

#### 3.1 Mål

I § 3-8 i Lov om Specialisthelsetjeneste (2001) går det frem at opplæring av pasienter og pårørende er en av sykehusets fire oppgaver. God opplæring av pasienter og deres pårørende forutsetter utvikling av en ny helsepedagogisk forståelse hos helsepersonell. Dette blir beskrevet i HOD (2005) der det heter at læring- og mestringssenter (LMS) er en *”viktig samhandlingsarena for god pasientopplæring for både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten”*.

Loven sier ikke noe om prioritering av disse oppgavene (pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende) men oppgaven om pasient- og pårørendeopplæring er nummerert som 4 og følgelig den siste. Dette betyr at målsetningene i dette tiltaket først og fremst kan være (opp)læringsmål. Der nest har det betydning for rolle og status til deltakere som da blir nettopp deltakere i et mestringsprogram og ikke *”innlagte pasienter”*. Forholdet mellom en aktiv lærende deltakerrolle og en mer passiv mottaende pasientrolle er et sentralt poeng i litteratur om læring, mestring og helsepedagogikk. Likevel er det også slik at pasientrollen på ingen måte er passiv i våre dager, men utfordres *”av økt medbestemmelse og juridiske rettigheter. Kunde- og forbrukerperspektivet dominerer og innebærer retten til å klage eller saksøke leger og helseinstitusjoner hvis man ikke får det man har ’krav på’”* (Straand, J. 2009).

I tillegg til kunnskapsmål valgte vi å legge til målsetning om bedret selvrapportert livskvalitet målt med SF12 og pasientaktivering målt med PAM 13. Et slikt valg var i liten grad bygget på et rasjonale, men mer på en tro på at ny kunnskap om egen (rus-)lidelse kan ha innvirkning på egen vurdering av helse. Man får mye kunnskap om sin ruslidelse, og man får en nokså inngående oversikt over tilgjengelige hjelperessurser i sitt nærområde. Man kan tenke seg at en slik kunnskap og oversikt kan bidra til utvikling av egenkontroll i en situasjon preget av tilbakevendende kontrolltap. Her er det imidlertid mye dokumentasjon på at kunnskap for eksempel i form av forebyggende intervensjoner har liten eller ingen effekt (Baklien m.fl, 2007).

Tanker om gruppedynamiske effekter er sentrale innen pasient- og pårørendeopplæring, og kan også bidra til å forklare bruken av helserelatert livskvalitet som måleparameter. På common-sense basis kan dette forklares med at mennesker som opplever rusbruken sin som problematisk, gjerne også opplever ensomhet. Mange i denne gruppen er åpenbart ensomme og kan ha

arbeidsplassen som sitt eneste sosiale aktivum, mens andre kan ha ett eller flere rusfelleskap og tilsvarende edruelige felleskap som man frekventerer gjennom døgnet og uken. Poenget er at idet man opplever rusbruken sin som problematisk og ønsker å gjøre endringer, vil man ofte stå alene. Å tematisere slike planer vil være forbundet med mye skam uavhengig av i hvilken del av sitt nettverk man nærmer seg, og mange velger derfor å la være. Med en slik bakgrunn kan man tenke seg at et gruppetilbud der man møter andre mennesker – kanskje med ulike målsetninger, men med noenlunde tilsvarende problemstillinger - kan virke inn på vurdering av livskvalitet.

### **3.2 Målgruppe**

Prosjektgruppen definerte målgruppen først ganske enkelt som arbeidstakere med rusproblemer. Siden fikk programmet støtte fra det nasjonale sykefraværprosjektet "Raskere Tilbake" og målgruppen ble definert i henhold til rådende terminologi. *"Målgruppen for dette prosjektet er arbeidstakere som er eller står i fare for å bli sykemeldte, og der sykemeldingen har sammenheng med rusbruk"*. (Brosjyre 2010)

Endringen i disse to målgruppedefinisjonene er ikke at man stilte som *krav* at deltakerne skulle sykemelde seg. Det ville ellers vært noe pussig i et program som skal redusere sykefraværet. For flere av våre deltakere var det springende punktet kravet om *henvisning*. Kravet om henvisning ligger i "Raskere Tilbake" og antas og ha sin begrunnelse i økonomistyring og sporbarhet, men også i hensyn til overordnet evaluering av kost-nytte i et stort nasjonalt sykefraværprogram der man med utgangspunkt i registerdata for 2008 gjennomfører effektevaluering vha *"analyser med sikte på å avgjøre om deltakerne på Raskere tilbake prosjekter i regi av helseforetakene kommer raskere tilbake i arbeid sammenlignet med sykemeldte som gjennomgår i behandling i det ordinære behandlingsforløpet"* (Holmås, T. H. & Kjerstad, E. (2010). I evalueringen (på oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet) søker man videre å analysere tapt produksjon (nyttesiden) motsvarende direkte kostnader til behandling (kostnadssiden) for å danne grunnlag for en vurdering "om ordningen er samfunnsøkonomisk lønnsom" (ibid).

For vår målgruppe sin del så vi også et faglig poeng i å kreve henvisning fra lege. Dette grunnes i at mange pasienter kvier seg for å tematisere rusproblemer overfor sin fastlege selv om denne er underlagt taushetsplikt. Gjennom kravet om henvisning har deltakerne fått et press til nettopp dette; å involvere fastlegen i arbeid med også sin ruslidelse. Selvsagt er dette også med på å selektene deltakere til dem som er villig til å oppsøke fastlege eller annen lege for å skaffe en henvisning. Likevel – det er også gjort unntak der deltakere som ikke har skaffet henvisning selvsagt har fått fullføre tilbudet.

Prosjektgruppen vurderte også andre kriterier for målgruppen, kjønn, alder og hovedbruk av legale vs illegale rusmidler, men forkastet disse.

### **3.3 Faginnhold**

Intervensjonen er et mestringstilbud med mye av strukturen til et "kurs". Man har lagt vekt på en enkel og forutsigbar rytme der deltakerne raskt kan finne en trygghet.

Innholdet over 2 uker kan grovt sett deles i tre bolker; (1) problemdefinering, (2) løsningsmuligheter og (3) individuell planlegging og motivasjon.

Før dette har vi ofte hatt en dialog med deltakerne på forhånd – enten på telefon, epost eller begge deler. I telefonsamtaler har vi lyttet deltakerne ut i deres beskrivelse av egen situasjon og

ev historie før vi har formidlet informasjon muntlig og ev fått aksept for å sende supplerende informasjon på epost.

Selv om vi bruker tid på enkeltdeltakere på forhånd, og har en forestiling om at et ”kurs” har lavere terskel og er mindre stigmatiserende enn en type ”behandling”, ser vi at mange deltakere er preget av nervøsitet første dag. Dette forutså vi og drøftet lenge hvordan denne dagen skulle organiseres for å unngå å ”skremme vekk” deltakere.

Vi valgte en åpning der en ansvarlig på ca 10 minutter ønsker velkommen og gir informasjon om:

- At dette er pasientopplæring, ikke behandling
- Anonymitet (ingen journal eller epikrise, men et deltakerbevis)
- Rusfrihet (ingen prøvetaking, men ved synlig/forstyrrende ruspåvirkning vil deltakere bli bedt om å gå hjem, men være velkommen tilbake neste dag)
- Krav om henvisning (dels som en formalitet, men også som et mildt press til å informere sin fastlege om et problematisk forhold til rusmidler)

Etter denne introduksjonen gis ordet til et brukerpanel sammensatt av personer med erfaring som rusavhengige. Brukerpanelet består av mennesker i ulike alder og med ulike erfaringer, historie og nåsituasjon, men likevel med mange likheter i ruskarriere, veivalg og konsekvenser. De setter nokså konkrete ord på egen ”skjevutvikling”, hvordan man etter hvert har prioritert rus foran andre forpliktelser og flyttet grenser for når, hvor, hvor mye og hvor lenge man kan ruse seg.

Fra sidelinjen har vi som arrangør/kursleder ofte observert økende gjenkjenning hos deltakere der ønsket om å bidra med erfaringer, stille spørsmål og/eller supplere tematikk har overtatt for nervøsitet i gruppen. Prosessen har følgelig glidd over i en diskusjon/samtale om problemutvikling, konsekvenser og kjennetegn på avhengighet der de fleste, men selvsagt ikke alle, har deltatt. ”Isen” er derved for de fleste av deltakerne brutt, og brukepanelet takkes av og ønskes velkommen tilbake mot slutten av perioden. Etter en kort pause samles gruppen på ny, og først nå gis det rom for en presentasjonsrunde der deltakerne sier hva de heter og - evt på eget initiativ - hvorfor de har meldt seg på et meststringsprogram innen rus.

Målet med en slik innledning er å redusere sosiale angst drivere i en helt ny gruppe, men beholde alvor i tematikken. Videre ønsket vi å aktivt legge til rette for og/eller skape gjenkjenning og videre katalysere deltakerengasjement i gruppen. Brukerpanelet møter gruppene ved to anledninger der man dag 1 vektlegger veier inn i rusproblemer og konsekvenser av rusavhengighet. Brukerpanelet kommer tilbake nest siste dag og vektlegger da sine ulike veier ut av rusproblemer.

### 3.3.1 Problemfokus; gjenkjenning, kunnskap og erkjennelse

Rusmiddelbruk er en del av samfunnet som man vanskelig kan unngå å forholde seg til. Om lag 85% av befolkningen bruker alkohol i mer eller mindre sosialt aksepterte former (Strand og Steiro 2003). Videre vil en betydelig andel innbyggere til enhver tid bruke foreskrevne legemidler med rus- og avhengighetspotensiale - enten i korte perioder eller over relativt lang tid.

Gjennom mestringstilbudet søker vi å formidle oppdatert og forskningsbasert kunnskap på rusmiddelfeltet når det gjelder forbruksmønster av legale og illegale rusmidler og samvarierende forekomst av ulike former for skade, lidelser og avhengighet. I kurset berører vi også menneskets

søken etter nytelse og nytelsesmiddel, og drøfter dilemmaer og personlig/sosiale/kulturelle grenseoppganger mellom rusbruk og rusproblemer.

En sentral bolk innledningsvis er å introdusere deltakerne for ulike skoleretninger innen avhengighet og avhengighetsutvikling. Her går vi gjennom modeller for å forstå og forklare avhengighetsutvikling og inviterer deltakerne til diskusjon og praktisk gjenkjenning av ulike teoretiske perspektiver. Aktuelle temaer vil være forklaringsmodeller hentet fra medisin/biokjemi, læringspsykologi, sosiologi/avvikssosiologi, system- og familieteori mv (West 2006).

Når det gjelder rusmiddelbruk er det ofte slik at det er en glidende overgang fra virkninger til skadevirkninger der for eksempel et fenomen som toleranseutvikling kan være begge deler - og i tillegg en sentral del av en biokjemisk forklaringsmodell for avhengighet (West 2006). I planlegging og gjennomføring av undervisning innen dette feltet er det flere fallgruver vi har søkt å unngå: Dels en generell dommedagsfokus som oppleves som skremselspropaganda, og dels en overfokusering av somatiske skadevirkninger der sosiale og psykologiske konsekvenser kommer i skyggen.

Vi har søkt å balansere disse hensynene med en nøktern tilnærming der vi legger frem en popularisert oversikt over dokumenterte skadeeffekter. Deltakerne inviteres jevnlig til kommentarer, små diskusjoner/summegrupper der egne erfaringer kan illustrere undervisningspoenger. Undervisningen kobles også til annet materiale der vi her distribuerer enkle letteste brosjyrer fra Hdir (2003) og i etterkant sender vi linker til utfyllende lærestoff om temaet til deltakerne.

Oppsummert er denne innledende bolken av mestringsgruppen over 2 ½ dag eller 7 ½ time og består av

- Brukepanel – historier fra brukere og meddeltakere om problemutvikling
- Teorier om avhengighetsutvikling
- Virkninger og skader av rusmidler; somatisk, psykologisk og sosialt

### 3.3.2 Løsningsfokus, behandlingsmodeller og hjelpere

Hoveddelen av tilbudet består av løsningsmodeller der deltakerne introduseres for relevante hjelpere/institusjoner i Oslo-regionen. I tilbudet møter deltakere disse i følgende rekkefølge:

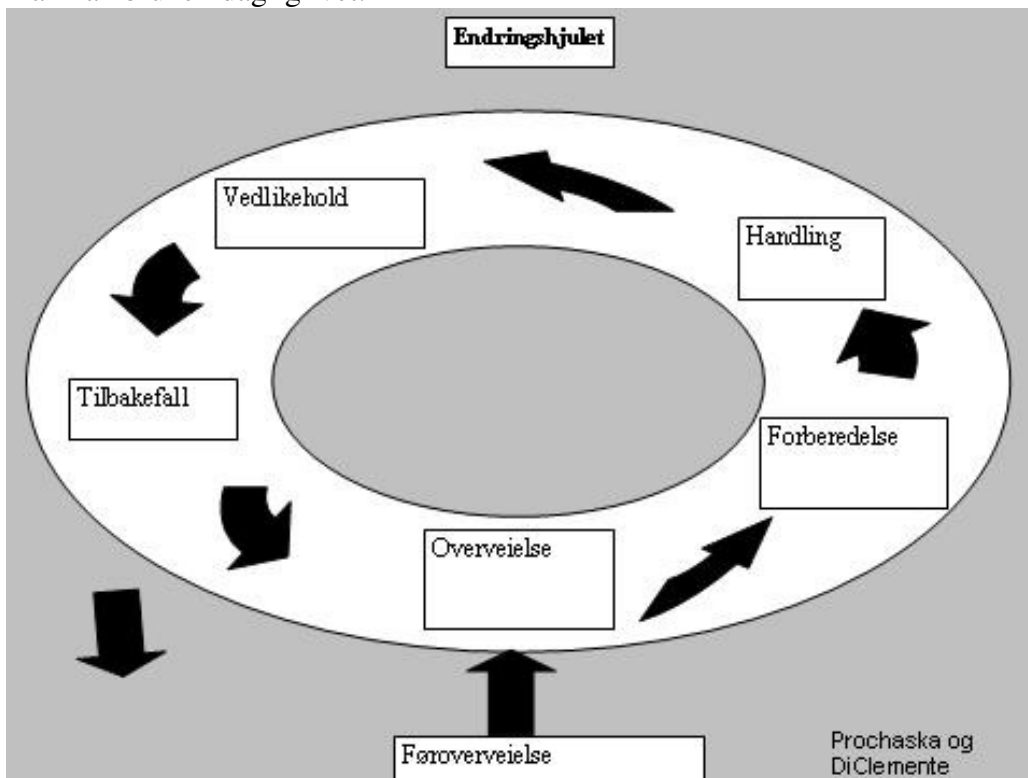
- Medikamentell behandling
- Kognitiv behandling/mestring
- Praktisk stressmestring
- Selvhjelpsgrupper, 12-trinnsfelleskap
- Netverkskartlegging; finne ressurser i sitt nettverk
- Kommunehelsetjeneste, sosialtjeneste, fastlege
- Arbeidsplassen/AKAN

De generelle kriteriene for å inkludere lærestoff i denne bolken kan sammenfattes i stikkordene forskningsbasert, tilgjengelig og relevant for denne målgruppen (arbeidstakere med rusrelatert sykefravær). Videre møter vi praktisk pedagogiske avgrensninger når vi har definert en ramme (8 undervisningsdager med til sammen ca 25 timer) og stiller som krav at deltakerne skal kunne diskutere, reflektere og fordøye lærestoffet. Følgelig kunne vi selvsagt lagt til emner/bidragstere, men da på bekostning av et annet emne.

Medikamentell behandling var ikke med som emne i pilotgruppene, men ble etterspurt i både skriftlig og muntlig evaluering i etterkant av begge disse gruppene. Vi valgte en pragmatisk løsning og la bolken tidlig sammen med skadevirkninger der vi kunne bruke samme underviser. Temaet om ulike muligheter og begrensninger for medikamentell behandling kommer også tilbake i flere omganger – særskilt i møte med fastlegen (under).

I presentasjon og diskusjon av temaet legges det vekt på behandling av russug, forebygging av tilbakefall, men også muligheter og begrensninger når det gjelder medikamentell behandling av søvnvansker, angstlidelser og depresjoner. I presentasjon og drøfting av slike temaer vil underviser problematisere bruk av medikamenter med avhengighetspotensiale og vise til mulige alternativer der det er relevant.

Dagen etter møter deltakerne to undervisningsbolker innen kognitiv behandling/mestring; først en innføring i sentrale begreper og modeller gjennom "endringshjulet" og "ABC-modellen", og dernest en praktisk-teoretisk økt der deltakerne introduseres for ulike stressmestringsteknikker man kan bruke i dagliglivet.



Figur 2: Endringshjulet

Endringshjulet (Prochaska & DiClemente 1992) møter deltakerne også som en av modellene for avhengighetsutvikling, men i denne bolken som en kognitiv tankemodell for tilfriskning. Modellen er tatt med grunnet sin anvendelighet; den er enkel og intuitivt forståelig, den inkluderer tilbakefall og fokuserer på valg, ressurser og mestring hos den enkelte. Samtidig kan den selvsagt kritiseres fra mange sider – at stadier er rigide og upresise og at kompliserte følelser reduseres til bokser i en sirkel.

ABC modellen (Ellis 1973) er en grunnleggende modell i kognitiv psykologi som bryter ned impulser og reaksjoner til håndterlige kognitive størrelser; (A) Activating event – **hendelse**, (B) Belief – **tolking og** (C) Consequent Emotion – **følelse**. Disse enkle stikkordene kan gi bidra til å forklare steg i endringshjulet (over) og blir tatt med for å bidra til å mobilisere deltakernes egenkontroll over handlinger, tolkninger og følelser.

Fra kognitiv modeller innen psykologien inviterer vi deltakerne med på praktisk stressmestring som vi baserer på elementer i konseptet "Livsstyrketrening" (de Vibe 2006). De Vibe søker å mobilisere pasienters/deltakeres egne ressurser og muligheter til å bli en aktiv deltaker i egen rehabiliteringsprosess. Livsstyrketrening er inspirert av bla oppmerksomhetstrening og er en etablert del av komplementærmedisin i Norge og i utlandet (de Vibe 2006).

I vår sammenheng konkretiserer vi dette konseptet inn mot "stressmestring" der deltakerne introduseres for noen sentrale begreper og konkrete teknikker for å regulere stressnivå i krevende situasjoner. Tanken bak stressmestring som tema er også å gi deltakerne noen konkrete teknikker for selvhjelp som raskt kan prøves ut i praksis.

Livsstyrketrening og stressmestring går på denne måten inn i en tradisjon sammen med generell læring- og mestringssideologi og en helsepedagogisk forståelse der man søker å mobilisere og stimulere ressurser hos den enkelte. En videreført parallell finnes i positiv læringspsykologi der man ved hjelp av positive forsterknings-mekanismer har oppnådd gode resultater både med "lette" og "tunge" ruslidelser (Holth, P. 2008).

#### Selvhjelpsgrupper, 12-trinnsfelleskap

Anonyme Alkoholikere (AA) er en verdensomspennende bevegelse startet av og for alkoholikere i 1935. Man utviklet et program for tilfriskning fra sin "alkoholisme" gjennom 12 trinn og en struktur (12 tradisjoner) for gruppen der *møtet* (selvhjelpsgruppen) er det tradisjonelle forum for deling av erfaringer, støtte til medlemmer i krevende situasjoner og et trygt nettverk i det lange løp. Siden er program og struktur overført og tilpasset en rekke ulike lidelser med narkotikaavhengighet, spilleavhengighet og ulike former for spiseforstyrrelser som tre eksempler.

Den mest kjente og største studien som undersøker effekter i 12-trinnsgrupper er Project Match (1993 ff) Denne viser at deltakelse i 12-trinnsgrupper gir god effekt med en tendens til større effektstyrke enn andre behandlingsformer. En naturlig videre tanke er at selvhjelpsgrupper er en interessant mulighet som supplement i tradisjonelle behandlingsintervensjoner.

Kristensen & Vederhus (2005) har undersøkt dette i norske forhold og oppsummerer med at det *"klareste funnet i vår studie er en høy andel med rusfrihet etter to år i hele materialet, samtidig som det er en tydelig forskjell mellom dem som har fulgt gruppene og dem som ikke har gjort det. En selvrapporert rusfrihet på 39–59% siste seks måneder etter to år er et godt resultat. Til sammenlikning hadde Project Match 36% siste tre måneder etter tre år. Det er en betydelig forskjell med hensyn til fortsatt rusfrihet for dem som deltar regelmessig i selvhjelpsgrupper og dem som ikke gjør det (81% versus 26%)".*

I vår sammenheng innleder en kursleder med en kort forelesning der man på ca 20 min søker å rydde i begrepene

- 12-trinnsfelleskap vs øvrige selvhjelpsgrupper
- 12-trinn i et felleskap (selvhjelpsgruppe) vs 12-trinn i en behandlingstjeneste

Videre gjengir vi noe av den prinsipielle kritikken av 12-trinnsfilosofien (Fekjær 2005) og refererer både fordømmer og kunnskapsløshet mot AA som finnes i samfunnet og i fagmiljøer. Til slutt gjengir vi et utvalg av studier der det dokumenteres at selvhjelpsgrupper har en effekt (Kristensen & Vederhus, 2005).



Etter denne innledningen møter deltakerne en ny brukerrepresentant – denne gangen en person (ofte to personer sammen) som kommer fra AA for å fortelle om seg selv og hvordan man har nyttiggjort seg hjelp fra AA. Fortellingen illustreres med en offisiell informasjonsfilm (AA Great Britain, 2004) før seansen går over i spørsmål/svar og dialog.

En selvhjelpsgruppe eller 12-trinnsfelleskap er et nettverk, og kan bli en sentral del av menneskers nettverk. Samtidig er nettverket kunstig i den forstand at det er etablert med struktur, innhold, lokaler og møtetider. Det er et ofte anonymt nettverk der deltakerne har et fellestrekk; avhengighet til et rusmiddel eller en annen ”besettelseslidelse”

Nettverk i vanlig forstand er i prinsippet det deltakeren selv definerer som sine ”signifikante andre”, og vil ofte inkludere familie, venner, arbeidskolleger og andre kontakter. I denne sammenhengen introduseres deltakerne for begrepet nettverk; hvordan det kan kartlegges og systematiseres slik at det danner en håndgripelig oversikt. Man definerer et nettverk som resultatet når *”flere sosiale relasjoner kjedes sammen i et større system som består av 3 eller flere deltakere”* (Bø & Schiefloe 2007).

Dernest introduseres deltakerne for spørsmålet om dette nettverket man er en del av er en fastlåst struktur, eller om det er noe man selv kan endre og/eller påvirke. Kan man nærme seg enkelte ressurssterke kontakter? Er det (rus)kontakter man burde redusere kontakten med? Er det noen man absolutt burde kutte kontakten med? Hvordan gjør man dette – både praktisk og følelsesmessig?

Nettverkstemaet passer godt inn i en sammenheng der mestring av egen lidelse er sentralt. Nettverkstenkning fokuserer på kartlegging og bevisstgjøring av strukturer i eget nettverk, men også på aktørperspektivet der man søker å *aktivisere* deltakere fremfor rollen som passive brikker i eget nettverk.

Temaet om helse- og sosialtjenestetilbud i bydel og kommune blir presentert av en erfaren ruskonsulent og en fastlege (som også er deltidsansatt som fagkonsulent – bindeledd mellom HF og fastlegegruppen). Disse to har en krevende oppgave som fort kan utvikles til en situasjon med svært mye informasjon med blandet relevans. Vi har følgelig valgt en induktiv tilnærming der undervisere tar utgangspunkt i gruppens spørsmål og deltakernes aktuelle problemstillinger. På bakgrunn av dette dannes undervisningen ulikt fra gruppe til gruppe, men der man har en disposisjon som grunnlag og sikrer at man får gitt informasjon om

- Tilbud i bydel og bydelsovergripende tilbud kommune
- Ruskonsulent – rolle og oppgaver
- Fastlege; egne tiltak/intervensjoner
- Relevante henvisning for ulike ruslidelser
- Samarbeid – ansvarsgrupper - IP

AKAN. Gjennom 2009 og 2010 har vi utviklet et godt og forpliktende samarbeid med AKAN-sekretariatet som stiller med en rådgiver som underviser om muligheter og begrensninger i et samarbeid om en AKAN-avtale på arbeidsplassen. Undervisningen legges opp konkret og tegner et bilde av hvordan hhv en forebyggende/frivillig og en pålagt AKAN-avtale kan se ut. Videre drøfter man forebygging av rusmiddelproblemer på arbeidsplassen og hvordan man kan bruke et nettverk av AKAN-kontakt, verneombud og tillitsvalgt i en tidlig fase.

Dernest introduseres deltakerne for ”Balance” ([www.akan.no](http://www.akan.no)) som er et internettbasert helsefremmende tiltak rettet mot virksomhetens ansatte. Prosjektet er et samarbeid mellom IRIS,

AKAN kompetansesenter, Psykologisk institutt ved UiO, samt selskapet Changetech AS. *"Balance er laget av eksperter på alkohol og alkoholvaner for at man skal kunne drikke alkohol i trygghet. Uten å behøve å lure på om man drikker for mye. Balance er ikke et "avholdsprogram". Balance er ikke laget for å advare om "alkoholens mange farer" eller for å løfte en pekefinger mot noen. Balance er et tilbud til dem som vil sjekke og eventuelt justere sine alkoholvaner".*

([www.akan.no](http://www.akan.no))

Balance er et program som distribueres til virksomheter, men våre deltakere får en individuell (men selvsagt fortsatt anonym) tilgang til programmet.

### 3.3.3 Min plan og motivasjon til å gjennomføre den

Nest siste dag i programmet møter deltakerne brukerpanelet på ny, og denne gangen forteller de sine historier om ulike veier og måter å nyttiggjøre seg behandling og hjelp på. Dette innebærer oppturer og tilbakefall der man sjelden lykkes på 1. forsøk, men prøver og feiler og – etter en tid med nye erfaringer; prøver igjen. Likevel er dette "suksesshistorier" da disse menneskene alle er rusfrie og fremstår som reflekterte, men ydmyke overfor sin ruslidelse.

Igjen opplever vi fra sidelinjen (eller i rollen som ordstyrer) at brukerpanelets historier engasjerer deltakerne til spørsmål og diskusjoner om erfaringer med konkrete institusjoner eller prinsipielle problemer knyttet til tilbakefall og/eller vedlikehold av gode perioder.

Etter denne seansen, der vi har lyttet og drøftet 2-3 ulike brukererfaringer med behandling og tilfriskning, ønsker vi å utfordre deltakerne til selv å planlegge videre målsetninger og tiltak mot egne rusvaner. Dette er en krevende oppgave der vi egentlig ber deltakerne ta i bruk lærestoffet og knytte det til egen livssituasjon, og vi forbereder derfor dette med at kursleder repeterer kursinnhold i løpet av ca 20 minutter.

Når deltakerne skal arbeide med å planlegge egen tilfriskning får de i oppgave å

- definere eget problem
- formulere mål
- definere hjelpetiltak/hjelpere for å nå mål

Denne oppgaven løses innen 3 konkrete tidshorisonter; kort sikt (til neste dag), litt lenger sikt (over helgen) og mellomlang sikt (8 uker frem i tid). Oppgaven løses først gjennom selvstendig arbeid der tidsrammen er 20-30 minutter før vi inviterer deltakerne til deling i gruppen. Forut for en slik prosess understrekes deltakernes frivillighet ved at man selv velger om og evt på hvilket detaljeringsnivå man velger å dele sine planer og ambisjoner. Mao prøver vi å tematisere og tøyne evt stress og ubehag knyttet til "gruppepress". Videre aksepteres ulike grader av selverkjennelse, men samtidig våger vi å stille spørsmål og/eller oppmuntre til konkretisering der det er nødvendig.

Siste dag av kurset tematiserer vi motivasjon. Motivasjon er et sentralt begrep og faktor i rusbehandling der avhengighet til et rusmiddel på den ene siden og ønsket om å redusere rusbruk og endre livsstil på den andre - langt på vei er motsatte motivasjonelle krefter. Videre er denne ambivalensen også iboende i rusmidlers virkemåte – både som det gode og det vonde. Temaet (og fagområdet) motivasjon har videre hatt en overflatisk forståelse i deler av behandlingsapparatet, men det *"har aldri vært ansett som en god terapeutisk teknikk å be rusmisbrukeren om å "komme tilbake når han/hun er motivert" (alternativt 'når du har nådd*

*bunnen'). Dette er likevel til en viss grad vært en underliggende holdning i mange deler av behandlingsapparatet"* (Sellman 2009).

Motiverende intervju er en av flere psykologiske intervensjoner som har vist seg effektive mot avhengighetslidelser (ibid), men i vår sammenheng overfører vi en intervensjon og et terapeutisk "språk" (MI) til fagstoff som grunnlag for refleksjon, diskusjon og læring.

Videre er forskningsbasen for motiverende intervju sterkest som intervensjon *forut for behandling* (Hetteima m.fl 2005) der man ser at MI både predikerer lenger tid i behandling (uten drop-out) og økt virkning av behandling, også ved oppfølgingsstudier. I vår sammenheng legger vi dette frem som pasientopplæring på siste dag av intervensjonen.

Generelt er asientopplæring en organisert, strukturert prosess som tilrettelegger for læring og utvikling av kompetanse som er nødvendig for mestre de utfordringer det er å ha en sykdom/skade (Urnes 2009). Læringstilbudet har et helsefremmende og forebyggende fokus med bruk av et mangfold av metoder. Læringstilbudet er basert på gruppen og gruppeundervisning, stort innslag av brukererfaringer og en tverrfaglig tilnærming til mestring.

Hensikten med læringstilbudene er å utvikle kompetanse til å leve med og/eller overkomme helseproblemer. Læringstilbudene kan grovt deles i 2 hovedbolker:

- 1) informasjon (faktakunnskap) om sykdom/symptomer, medikamenter, kosthold, fysisk aktivitet, betydning av nettverk, sosiale rettigheter og lignende.
- 2) bevisstgjøring av egen livssituasjon, utvikling av motstandskraft gjennom erfaringer og forståelse for egne ressurser og egenverd, finne mestringsstrategier, handlingsplan og mål. Denne delen dreier seg om hverdagskunnskap og hvordan utvikle tro på egen evne til å iverksette de aktiviteter som er nødvendig for å nå målbare resultater. Denne bolken omhandler også hvordan det er mulig å endre livsstil eller atferd og ulike hjelpemidler for å greie dette (ibid).

### **3.4 Prosjektorganisering**

Prosjektet ble initiert våren 2009 med intensjoner om prosjektering og planlegging av 2 pilotkurs og påfølgende evaluering innen utgangen av året. En prosjektgruppe med bidrag fra brukerrepresentant, ruskliniken, LMS og Forskning og utviklingsavdeling ble sammensatt og bidrog med innspill i utviklingsfasen.

Gjennom pilotfasen satt alle involverte igjen med et subjektivt positivt inntrykk. Dette ble forsterket av meget positive evalueringer fra deltakere – både kvalitativt og kvantitativt, og en økende pågang av deltakere fra pilotgruppe 1 til 2.

Gjennom pilotperioden mottok vi uformelle signaler fra HSØ om at man ønsket tilbud innen "Raskere Tilbake" for denne målgruppen og at en videreføring ville bli prioritert gitt akseptable resultater etter pilotering.

På bakgrunn av dette skrev vi søknad om videreføring i 2010 der vi la ved evalueringsrapport 1 tidlig i desember 2009. Allerede julen 2009 fikk prosjektet tilslutning fra HSØ om videreføring for 10 grupper à 10 deltakere i 2010

#### 3.4.1 Rammer - intensitet:

Prosjektgruppen valgte en intensiv innretning av tilbudet der man la hele kurset innenfor 2 uker. I pilotfasen var undervisningen på dagtid mellom kl 11-15 med en lengre pause i midten. Fom 2010 forskjøv vi tilbudet til ettermiddagstid fra kl 15-18 og gikk da ned i totalt timetall fra 32 til 24.

#### 3.4.2 Gruppe

Størrelsen på gruppen/deltakerantall var gjenstand for diskusjon og uenighet i prosjektgruppen. Dels hentet argumentasjonen støtte fra teori om ideelle grupper (Forsyth 2010), rammer bestemt av lokaler (under), bekvemmelighet for deltakere og kursledere samt et generelt ønske om å ”produsere” timer og deltakere for å synes i helseforetakets produksjonsregnskaper.

Samtidig er gruppestørrelsen naturlig nok også bestemt av rekruttering av deltakere. I pilotfasen fikk vi erfaring med ytterpunktene da vi såg for oss en gruppe med ideell størrelse på 10-15 deltakere med en nedre grense på 5. Erfaringene var 4 deltakere i den første gruppen og 12 i den neste. Fom 2010 har vi definert et tak på 10 deltakere per gruppe.

Gruppen vil sannsynligvis være heterogen mht alder, kjønn, nettverk og grad av rusrelaterte problemer og konsekvenser.

#### 3.4.3 Lokaler

Klinikk rus og avhengighet (Oslo universitetssykehus, Aker) har pusset opp ”Bergvillaen” spesifikt til læring- og mestringsformål. Bergvillaen ligger mellom Rikshospitalet og gamle Gaustad sykehus i umiddelbar nærhet til trikk og taxiholdeplass. Lokalene har begrensninger når det gjelder kapasitet (10 deltakere er max) og IKT-infrastruktur, men er etter prosjektgruppens oppfatning likevel egnet til formålet.

#### 3.4.4 Rekruttering og frafall:

De fleste som ønsker å gi tilbud til mennesker med rusrelaterte problemer opplever utfordringer med rekruttering og frafall og det er et globalt ”*problem at ruspasienter mangler adekvat behandling når de er motiverte for å delta i et avrusningsbehandlingsprogram. Når de endelig får plass, er det ofte høy frafallsprosent tidlig i programmet, og så flater kurven ut*” (Kunnskapssenteret 2010)

En erfaring når det gjelder rekruttering fra klinikk til læring- og mestringstilbud, er at dette begrenses til rekruttering fra klinikere som har direkte kjennskap evt er faglig involverte i mestringstiltaket. En mer generell erfaring er at selv om behov og rekrutteringsgrunnlag faktisk er høyt, vil ofte påmelding og oppmøte være moderat, og langt ifra reflektere et estimert volum basert på tilgjengelige prevalenstall.

Grunnene til dette er like sammensatte som rusproblemene i seg selv, men mye erfaring peker i retning av at grunnlaget for rekruttering og oppmøtevaner ofte finnes et sted mellom ytterpunktene manglende erkjennelse (benektning) på den ene siden og skyld og skamfølelse overfor erkjente problemer på den andre.

Prosjektgruppen har søkt å nå frem til målgruppen med informasjon langs flere kanaler; fastleger, avrusingsenheter, NAV, arbeidsgivere, AKAN. Videre har prosjektet benyttet egen annonsering til i dagspresse og noe i fagpresse (under).

Når det gjelder frafall er det innen ulike deler av rusfeltet ikke uvanlig med høye tall innen avrusning (over), men drop-out er en faktor også i poliklinikk og langtids døgntilrettelagt behandling. Som arrangører må vi søke å optimalisere de faktorene vi har herredømme over og tilby best mulig kvalitet i tilbudet. Konkret vil dette innebære en balanse mellom bredde og dybde i faginnhold, variert metodevalg og hensyn til ulike deltakerforutsetninger gjennom forløpet. Selv om gruppen kun skal være samlet en kort periode, er etablering av trygge og forutsigbare rammer svært viktig, og gruppen må etablere et enkelt regelsett med hensyn til taushetsplikt, grenser og herunder tematisere grenser for i hvilken tilstand man kan delta i programmet (ved forstyrrende ruspåvirkning blir man vennlig sendt hjem, og ønsket velkommen tilbake).

### 3.4.5 Markedsføring:

I søknad til og tilsagn fra helse Sør-Øst er det lagt inn en pott til markedsføring spesifisert til utvikling av brosjyre/folder og annonsering i dagspresse. Basert på erfaringer etter pilotkursene høsten 2009 var dette nødvendige forutsetninger for rekruttering da over 60% av deltakerne fikk informasjon om tilbudet gjennom annonsering (Byrkjeland 2009).

De ulike markedsføringsaktivitetene kan sammenfattes som følger:

#### *Redaksjonell omtale:*

- Nyhetssak intranett
- AkerSaker (publikasjon til fastleger i Oslo)
- Bydelsaviser
- Lokalaviser

#### *Presentasjoner:*

- Ledergrupper (Senter for rus- og avhengighetsbehandling)
- Enheter innen rus- og avhengighetsbehandling
- LMS-forum (Oslo universitetssykehus)
- AKAN-forum (Oslo universitetssykehus)

#### *Brosjyrer (papir/pdf):*

- Enheter innen rus- og avhengighetsbehandling
- Fastleger/bydelsoverleger
- NAV-kontorer Oslo/Follo
- Fritt Sykehusvalg
- Oslo Kommune (RME, Bydel)
- NHO
- AKAN-sentralt

#### *Annonser:*

- A-posten – Annonser etter egen plan
- VG-nett 1 uke annonse
- Dagens Medisin

### 3.4.6 Kostnader og budsjett

Basert på svært usikre estimater (referater og timeplaner) er det brukt ca 200 timer i utvikling av tilbudet frem til pilotering. Da er det beregnet møte- og prosjektledertid til å utvikle og skrive prosjektbeskrivelse, planlegging og koordinering før pilotgruppe I og II høsten 2009.

I pilotfasen hadde vi ca 2,5 undervisere/kursledere tilstede pr time i 64 timer – samlet 160 timer. I denne fasen var det mange undervisere som arbeidet gratis slik at timekostnaden er estimert lavt (230,-/t som tilsvarer årsløn spl inkl overtid, men uten sosiale kostnader). I etterkant estimeres ca 40 timer til møter, analyse av evalueringsdata og utforming av evalueringsrapport 1 (Byrkjeland 2009). Oppsummert estimeres utviklingskostnader til 400 timer

I 2010 er det budsjettert med 300 timer (10 grupper à 30 timer) undervisning og 50% prosjektledelse med virkning fom 1. mars. Øvrige kostnader er små med unntak av markedsføring der det er satt av 300.000,-

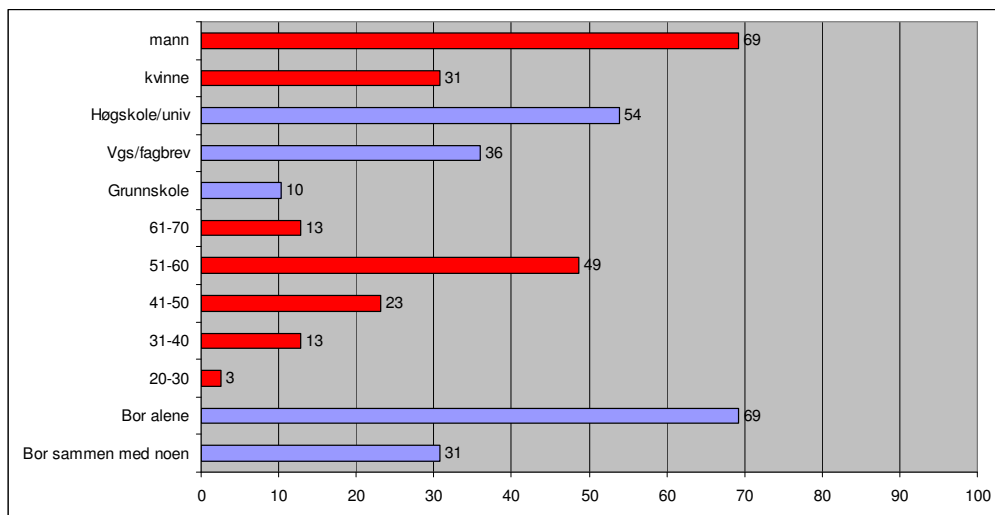
Regnestykket i kroner blir oppsummert:

Utviklingskostnader (200 t * 230,-)	46.000,-
<u>Pilotering/evaluering (160 t * 230,-)</u>	<u>36.800,-</u>
Sum 2009	<u>82.800,-</u>
Prosjektdrift 2010 (tilsagn Helse SørØst)	571.000,-
Markedsføring (tilsagn Helse SørØst)	300.000,-
<u>Prosjektledelse (50%)</u>	<u>260.000,-</u>
Sum 2010	<u>1.131.000,-</u>

## 4.0 Resultater

I dette kapitlet presenteres resultater basert på evalueringsskjema, PAM 13 og SF12.

### 4.1 Bakgrunnsvariabler og kursevaluering



**Figur 3: Bakgrunnsfaktorer i prosent. N=39**

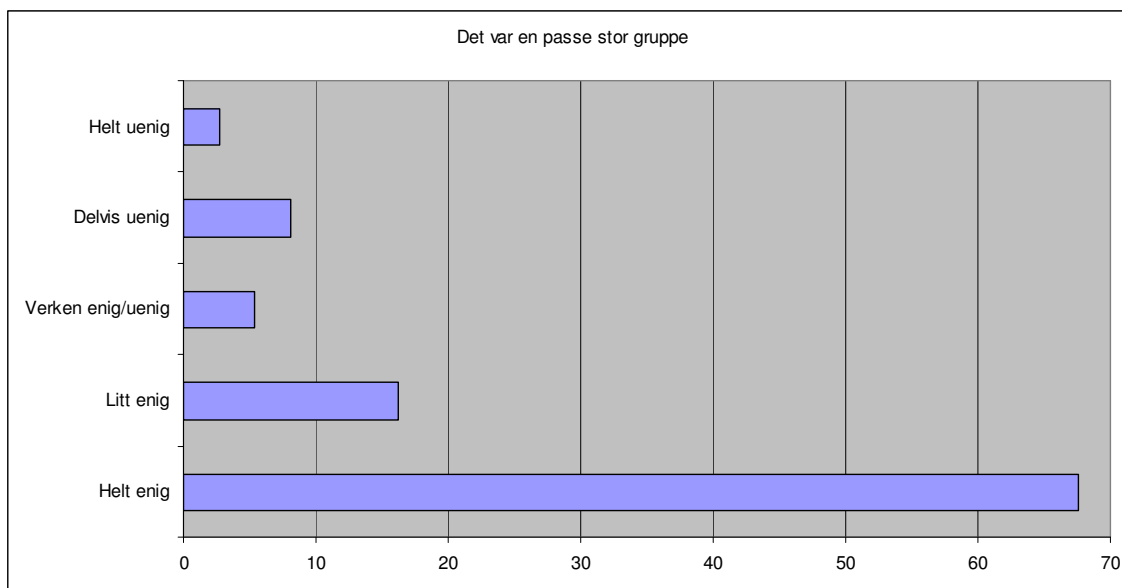
Kjønnsfordelingen har endret seg noe siden pilotering med en økende andel mannlige deltakere der tilbudet nå nærmer seg det som ofte blir regnet som "vanlig" i institusjonsbehandling av ruslidelser (Iversen mfl 2008). For dynamikken sin del har dette likevel ikke hatt stor betydning da hele denne endringen kan forklares med *en stor* gruppe (10 deltakere) utelukkende med menn. Følgelig har de øvrige gruppene hatt en jevnere kjønnsfordeling.

Andelen deltakere med høgskole/universitetutdanning har gjennom perioden økt fra 50 til 54%, mens andelen med grunnskoleutdanning har gått ned til 10% og vgs/fagbrev ned til 36%. Vi har altså en gruppe preget av temmelig høyt akademisk nivå der over halvparten har universitet/høgskoleutdanning.

#### Størrelse på gruppe

I 2010 har vi hatt 6 deltakere i gjennomsnitt pr gruppe med variasjon fra 4-12. De fleste har vurdert dette som en god størrelse. Kritiske kommentarer har kommet i de store gruppene med kvalitative utdypninger i form av at "enkeltpersoner og eksempler ikke kommer frem i en så stor gruppe". Ingen har hatt innvendinger i de mindre gruppene for å være kritisk små. Naturlig nok har disse blitt fremhevet som fordelaktige for deltakere til utdyping og forståelse av kunnskapsstoff, og tilsvarende tid til prosesser og relasjonsbygging i gruppen.

Gitt variasjonen av gruppestørrelse fra 4-12 kan man drøfte verdien og meningsberettigelsen av spørsmålet under. Vår vurdering har vært at grupper på under 5 deltakere ikke er fagøkonomisk bærekraftige, mens vi har kvalitative data som signaliserer at 10 deltakere er en grense der mistriksel kommer til uttrykk og der vi opplever frafall i gruppen.

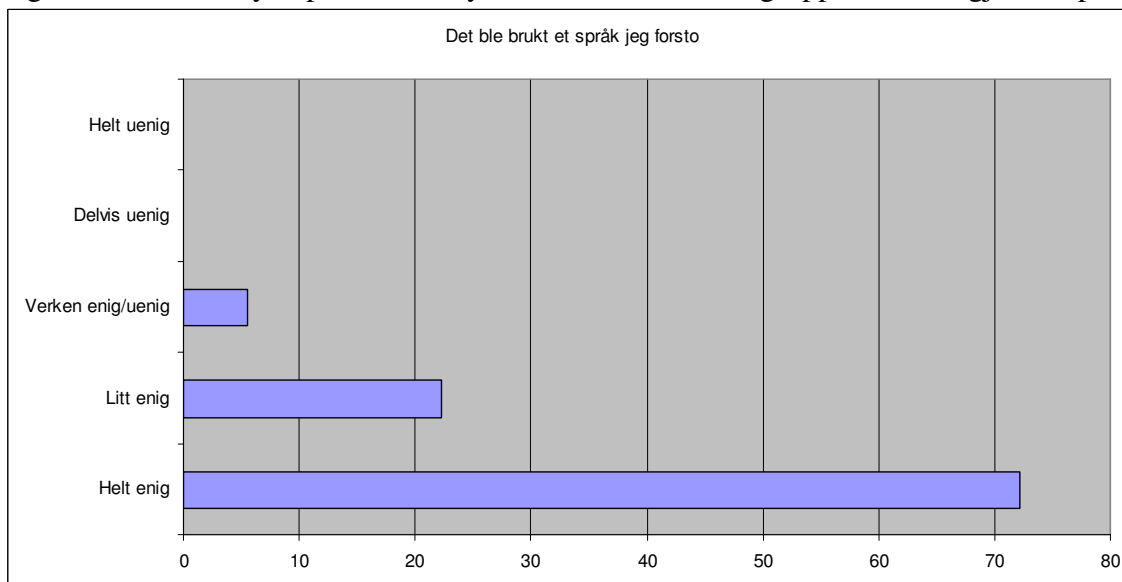


**Figur 4: Svar på spørsmål om passende gruppestørrelse**

### Språk

”Mestre jobben – mestre livet” er et mestringstilbud med i hovedsak kunnskapsmål som søkes nådd gjennom en nokså tradisjonell pedagogisk tilnærming – selvsagt med tilpasninger. Vi har benyttet oss av en LMS-metodikk der brukerrepresentant og tverrfaglige bidragsytere har samarbeidet på likeverdig grunnlag. Forelesninger er derfor gjort praksisnære med kasuistikk og rom for drøftinger og konkretiseringer underveis. Videre er det lagt inn egne bolker til refleksjon og diskusjon der deltakerne har mulighet til å gjøre lærestoffet til sitt eget.

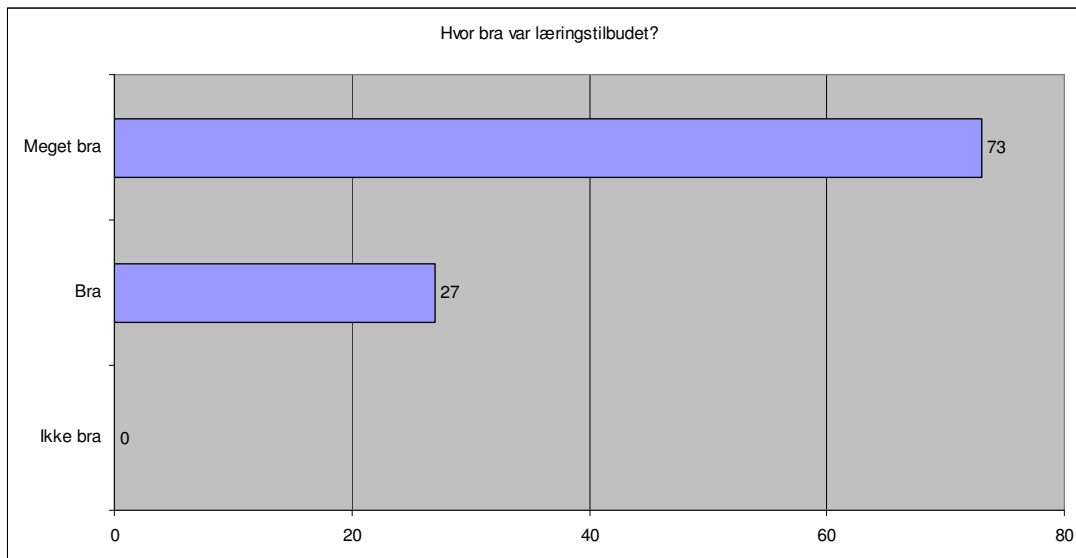
Likevel – når man engasjerer helsepersonell til undervisningsoppdrag er faren til stede for at bidraget kan bomme blant annet når det gjelder målgruppe, terminologi og grad av detaljering. Figuren under kan tyde på at vi har lyktes med å treffe målgruppen når det gjelder språk.



**Figur 5: Svar på spørsmål ”Det ble brukt et språk jeg forsto”**

Samtlige deltakere beskriver tilbudet som nyttig, og opplyser om at de har ”lært noe nytt”. Når vi ber deltakerne om å beskrive tilbudet langs aksene fra *ikke bra* til *meget bra* viser evalueringen overvekt av meget bra. Ingen deltakere vurdere tilbudet som ”ikke bra”.

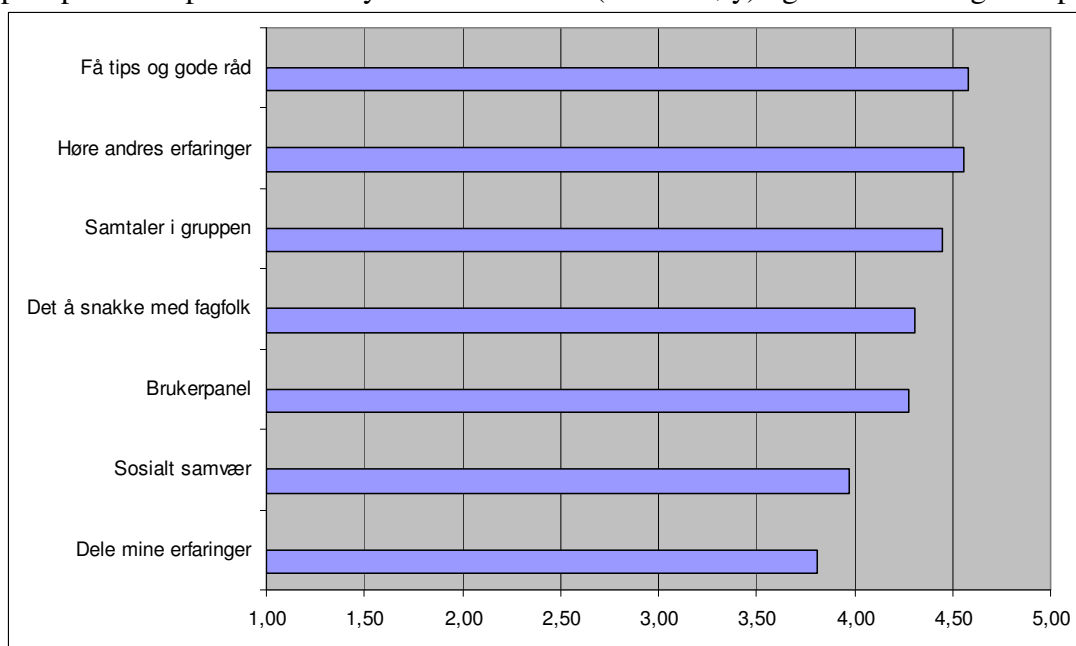




**Figur 6: Svar på spørsmål "Hvor bra var læringstilbudet?"**

#### Vurdering av (hoved) kurselementer

Deltakerne har vurdert kurselementer etter skalaen ikke viktig (1) til meget viktig (5). I figuren presenteres dette som samlet gjennomsnitt. Nå er dette generelle og til dels overlappende kategorivariabler som bygger på et standard evalueringsoppsett innen LMS. Likevel gir det en pekepinn dels på hovedinntrykk av tilfredshet (som er høy) og noen aveininger av preferanser.

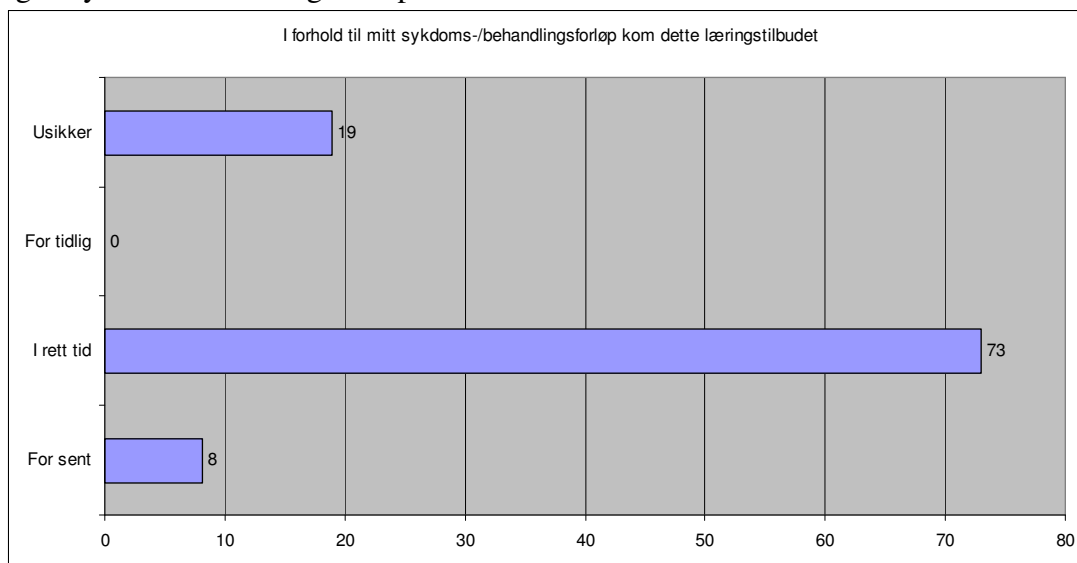


**Figur 7: Gjennomsnitt sumskåre, hovedelementer i LMS-tilbudet**

Høyest skåre får "tips og gode råd", "andres erfaringer" og samtaler i gruppen. Lavest skåre får sosialt samvær og deling av egne erfaringer, men dette vurderes også som "viktig". Før vi tolker tilbakemeldinger basert på gjennomsnittlige sumskåre, bør vi se på fordeling av svarkategorier.

	N	Min	Max	SD	Var
Få tips og gode råd	36	3	5	0,65	0,42
Høre andres erfaringer	36	3	5	0,69	0,48
Samtaler i gruppen	36	3	5	0,65	0,43
Det å snakke med fagfolk	36	3	5	0,75	0,56
Brukerpanel	36	1	5	0,88	0,78
Dele mine erfaringer	36	1	5	1,06	1,13

I evalueringen ba vi også deltakerne om å vurdere i tid hvorledes dette tilbudet passet i forhold til egen sykdom/behandlingsforløp.

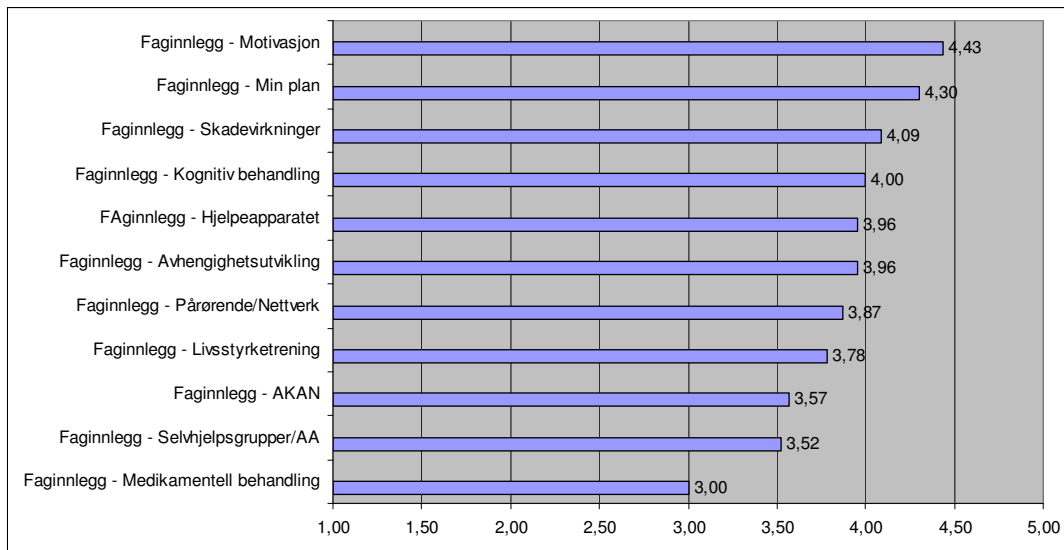


**Figur 8: Deltakervurdering "Når i forhold til mitt sykdoms-/behandlingsforløp kom dette læringstilbudet?"**

Flertallet rapporterer at læringstilbudet kom i rett tid og dette skal man selvsagt ta på alvor. Selv om vi som utenforstående – delvis på moralsk grunnlag – kan mene at man burde tatt kontakt med hjelpeapparatet tidligere – ref aldersfordeling over. Dette mestringsprogrammet har en tittel og en innretning mot jobb og (fortsatt) deltakelse i arbeidslivet. Vi arbeider ut fra en hypotese om at et brudd med arbeidslivet vil gi ytterligere økning av rusmiddelforbruk og tilsvarende forverring av øvrige konsekvenser.

#### Vurdering av faginnlegg

Deltakerne har vurdert de enkelte faginnleggene etter skalaen ikke viktig (1) til meget viktig (5). I figuren presenteres dette som samlet gjennomsnitt. I 2010 har vi endret evalueringsskjemaet slik at det samsvarer med enkeltelementer i kursprogrammet, og gir derfor en mer presis tilbakemelding til hver av de 11 bolkene av faginnlegg. Ulempen er følgelig at datamaterialet her er noe tynnere da vi ikke har kunnet kode om data fra 2009 til 2010.



**Figur 9: Gjennomsnitt sumskåre faginnlegg**

Som vi ser får alle faginnlegg sumskårer over 3 ("noe viktig") der "Motivasjon" og "Min plan" får klart høyest skåre. Nå skal det innvendes at disse to bidragene er mot slutten av kurset og følgelig nært i tid og bevissthet til utfylling av evaluering. Likevel er dette to temaer som i gruppen fremstilles praksisnært og som involverer egen aktivitet hos deltakerne.

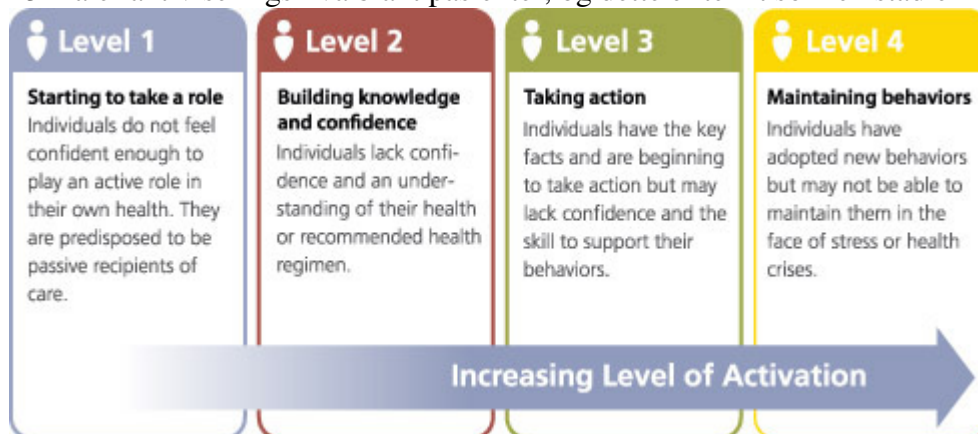
	N	Min	Max	SD	Var
Faginnlegg - Motivasjon	23	2	5	0,90	0,80
Faginnlegg - Min plan	23	3	5	0,76	0,58
Faginnlegg - Skadevirkninger	23	2	5	0,90	0,81
Faginnlegg - Kognitiv behandling	23	2	5	0,90	0,82
Faginnlegg - Hjelpeapparatet	23	2	5	0,88	0,77
Faginnlegg - Avhengighetsutvikling	23	3	5	0,71	0,50
Faginnlegg - Pårørende/Nettverk	23	2	5	0,97	0,94
Faginnlegg - Livsstyrketrening	23	1	5	1,09	1,18
Faginnlegg - AKAN	23	1	5	1,20	1,44
Faginnlegg - Selvhjelpsgrupper/AA	23	2	5	1,20	1,44
Faginnlegg - Medikamentell behandling	23	1	5	1,00	1,00

Grunnen til at N=23 er at evalueringsspørsmålene ble konkretisert i henhold til fagtemaer først etter pilotering. Også her ser vi antydninger til at faginnlegg med lavest summert gjennomsnitt også har høyt standardavvik. Dette ser vi gjelder bolkene "AKAN" og "selvhjelpsgrupper" der inntrykket fra muntlig evaluering er at et gruppen deler seg noe opp og vurderer bidragene som hhv svært viktig eller komplett irrelevant.

## 4.2 Pasientaktiveringsmål (Patient activity measure – PAM 13)

“The Patient Activation Measure (PAM) is a measure that assesses patient knowledge, skill, and confidence for self-management”. (Insignia.com)

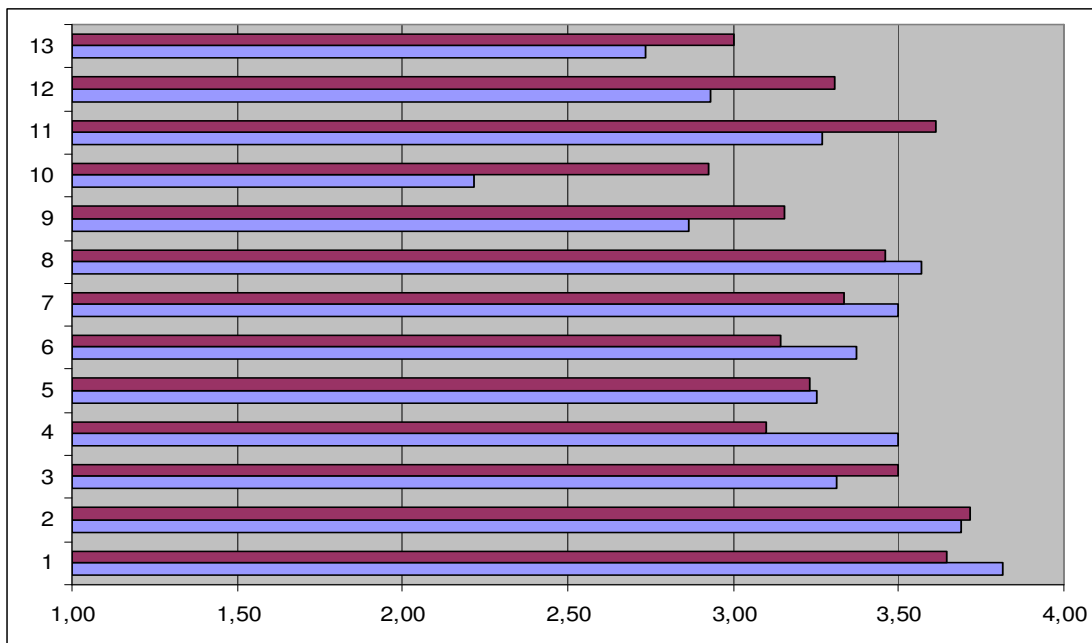
Deltakerne fyllte ut PAM 13 første og siste dag på kurset – sammen med øvrig evaluering. Pam 13 måler aktiviseringsnivå blant pasienter, og dette er tenkt som en stadiemodell illustrert under.



Figur 10: Nivåer i pasientaktivisering. ref [www.insigniahealth.com](http://www.insigniahealth.com)

Basert på råskåre og en tilstøtende tabell kan man plassere data langs en skala fra 0 – 100 fra venstre mot høyre. Verktøyet kan brukes i forskning, men også som klinisk verktøy for å måle og utvikle mestringsevne i møte med en kronisk lidelse. I Norge er PAM 13 av ledere for læring- og mestringsstre (LMS) enstemmig vurdert som det beste skjemaet til å måle effekt av pasientopplæring fordi det *”la vekt på egeninnsats, er ydmykt på brukernes premisser og vektlegger håndtering av egen sykdom, ferdighet, kunnskap og evne til å velge selv”* (Steinsbekk 2008).

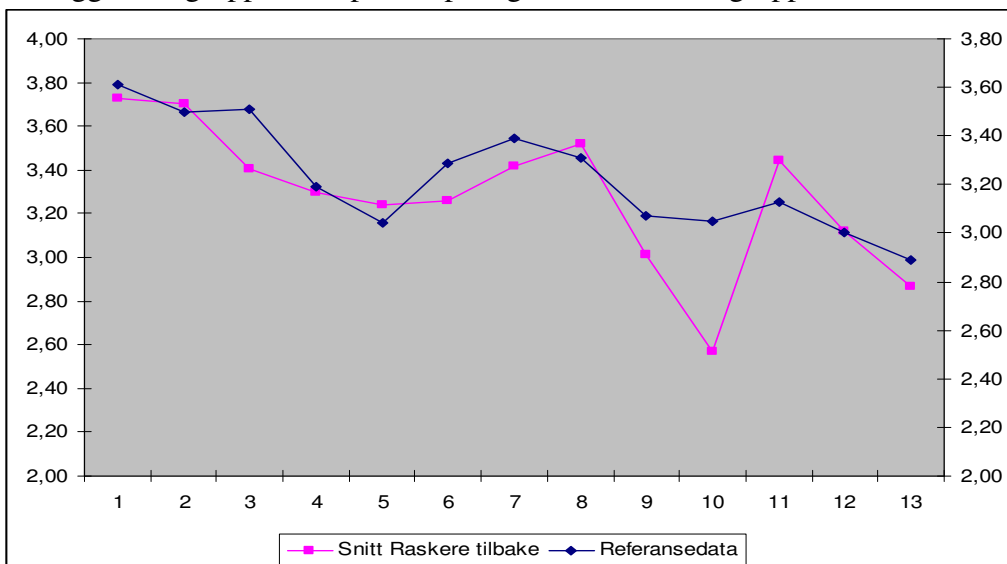
Råskåre etter sammenslåing av alle 13 påstander er hhv 42,2 ved kursstart og 43,4 etter kursslutt. Disse råskårene måles mot en aktiveringstabell som går fra 0-100 (samsvarende med nivå 1-4 over) der våre resultater går fra 66 til 68,5. Ingen av disse endringene er signifikante.



**Figur 11: gjennomsnitt sumskåre PAM 13**

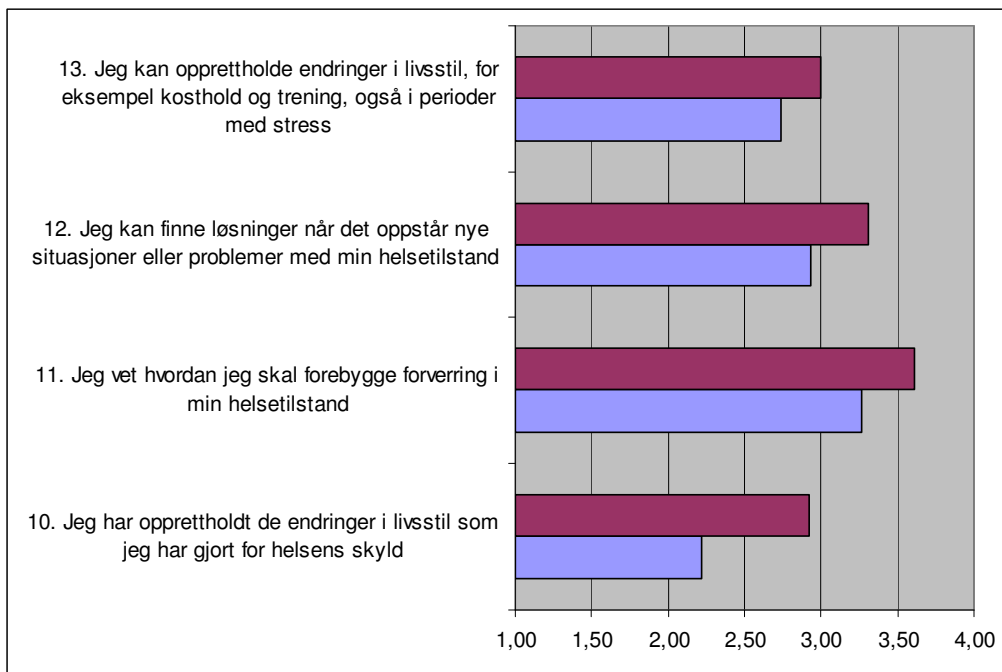
Pretest er blå (underst) og posttest er rød (øverst), og som oversikten viser får vi de største positive effektene på variablene 9-12. Verdi 1 er helt uenig og verdi 4 er helt enig. "Våre" deltakere er arbeidstakere med ulike ruslidelser. Vi har tatt snittet av pretest og posttest og sammenlignet dette med en referansegruppe (n = 358) danske diabetespasienter (Maindal HT, m.fl BMC Public Health. 2009)

Av linjediagrammet under ser vi at forskjellene er små, men der det er et påfallende utfall er på spørsmål 10 "Jeg har opprettholdt de endringer i livsstil som jeg har gjort for helsens skyld" . Her ligger vår gruppe ca ½ prosentpoeng under referansegruppen.



**Figur 12: Sumskårer PAM 13 sammenlignet med referansegruppe**

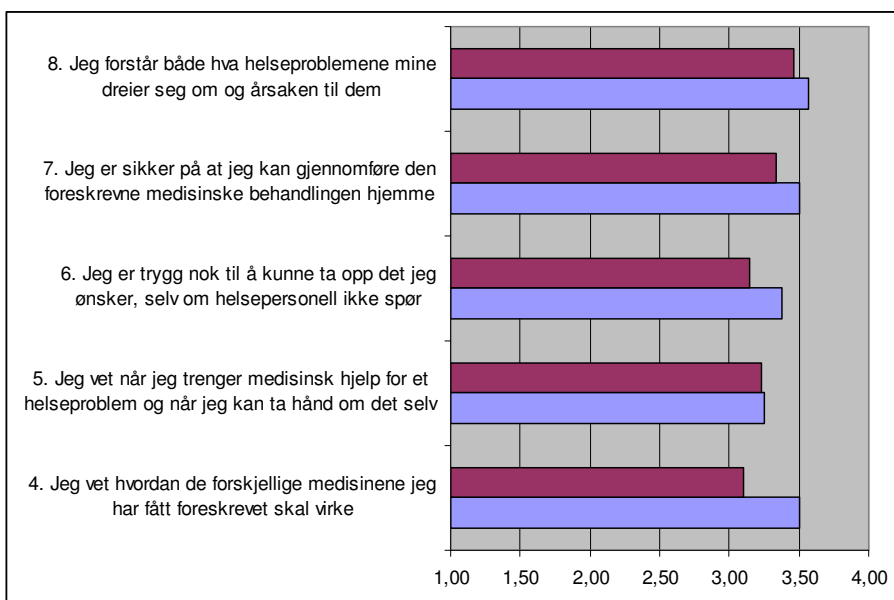
Av figuren under ser vi at dette også er den av variablene våre deltakere har hatt mest positiv utvikling på gjennom mestringstilbudet.



**Figur 13. Snitt sumskåre pre- og posttest. Utvalgte spørsmål**

Figuren viser deltakernes snittskåre på variablene 10-13 der de underste søylene viser pretest og de øverste posttest. Den største forbedringen kan sees på den ”svakeste” variabelen.

Der resultatene viser tilbakegang, er på variablene 4 – 8 (figur under). Felles for fire av disse er at de omhandler spesifikk medisinsk kompetanse og veiledning, og at tilbakegangen er svak. Dette kan forklares med at medikamentell behandling generelt og administrasjon av legemidler spesielt var en nokså perifer del av mestringstilbudet.

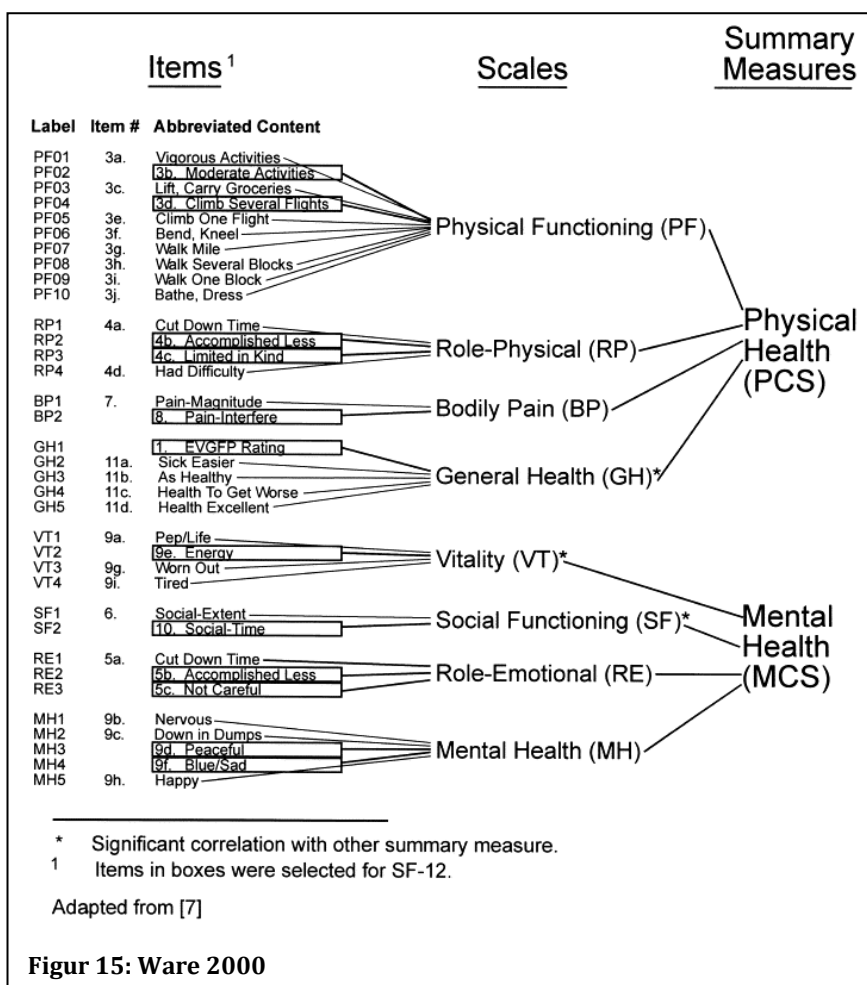


**Figur 14: Snitt sumskåre pre- og posttest. Utvalgte spørsmål**

### 4.3 Helserelatert livskvalitet SF 12

Helserelatert livskvalitet er et supplement til objektive, medisinske mål på helse og sykdom. Ulike målemetoder har nå vært i bruk i mer enn en tiårsperiode. Helserelatert livskvalitet evalueres av pasienten selv, som oftest ved hjelp av spørreskjemaer og består av fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner som et minimum. SF-12 (Short form 12) er utviklet på grunnlag av SF-36 (Ware & Sherbourne 1992, Ware 2000) og er på samme vis delt i åtte underkategorier (Fysisk funksjonsevne, fysisk rolle, kroppslig smerte, generell helse, vitalitet, sosial funksjonsevne, emosjonell rolle og mental helse). Disse er igjen samlet i to hovedkategorier (fysisk helse - PCS og mental helse - MCS) (Ware 2000). Figuren under beskriver dette der faktorene i firkanter er de spørsmålene fra SF-36 som utgjør SF-12.

Skjemaet er brukt overfor en hel rekke pasientpopulasjoner i svært mange land, og er oversatt og validert i de fleste av disse. Figuren under viser systematikken (på engelsk) i hvordan grupper av enkeltspørsmål danner 8 underkategorier, og hvordan disse igjen er statistisk samlet i hovedkategoriene fysisk helse (PCS) og mental helse (MCS).



Figur 15: Ware 2000

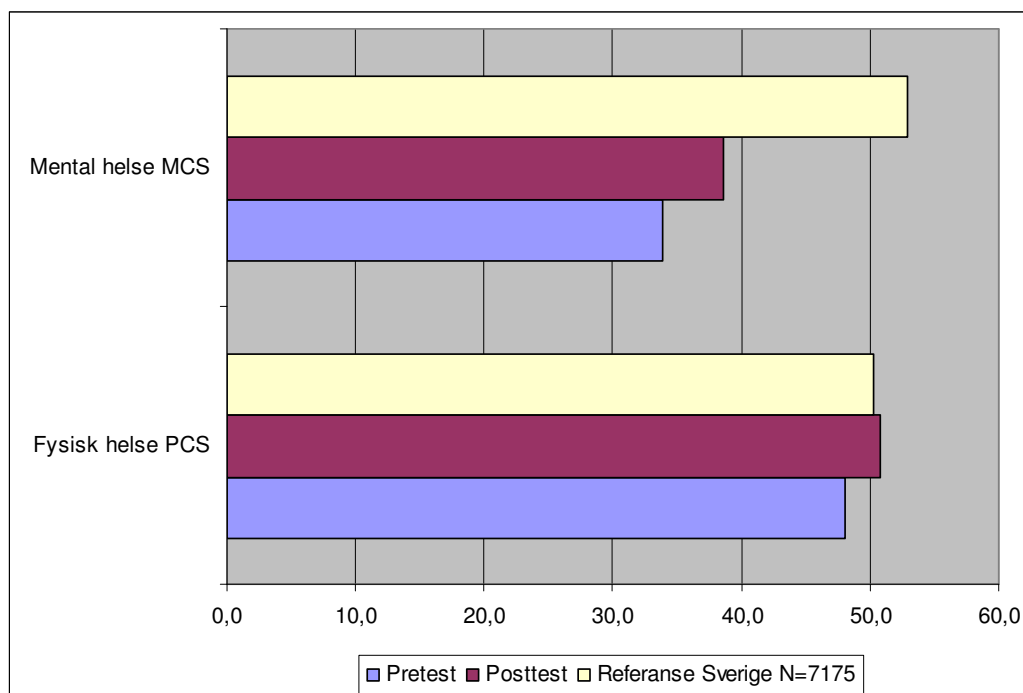
Under er en oversikt av snittskårer for 37 av 39 deltakere. 2 skjema måtte utelates da vi ikke hadde posttest. Oversikten er fordelt med de 8 faktorene *fysisk funksjonsevne, fysisk rolle, kroppslig smerte, generell helse, vitalitet, sosial funksjonsevne, emosjonell rolle og mental helse* øverst. Nederst i tabellen er de to hovedkategoriene fysisk (PCS) og mental helse (MCS).

Kategorier sf 12	Snittskåre før intervensjon	SD	Snittskåre etter intervensjon	SD
Fysisk funksjonsevne (PF)	48,3	9,3	51,1	8,4
Fysisk rolle (RP)	42,7	11,7	48,5	8,3
Kroppslig smerte (BP)	44,5	12,4	48,4	10,7
Generell helse (GH)	40,5	12,2	41,7	11,8
Vitalitet (VT)	42,6	11,3	44,5	10,1
Sosial funksjonsevne (SF)	35,3	11,6	40,7	12,0
Emosjonell rolle (RE)	34,5	12,2	41,1	11,2
Mental helse (MH)	38,3	10,8	41,8	11,5
Fysisk komponentskåre (PCS)	48,1	10,6	50,8	10,0
Mental komponentskåre (MCS)	33,9	11,6	38,6	12,7

**Figur 16: Underkategorier og hovedkategorier SF12; gjennomsnittverdier før/etter intervensjon. N=37**

Vi ser på hovedkategoriene (nederst i tabellen) at fysisk helse endres fra 48 til rundt 50 – altså en svak fremgang. Mental helse ligger langt under denne verdien, men viser en sterk fremgang fra 33,8 til 38,6. For å sette dette i perspektiv, må vi se på referansedata for tallene. Gandek, B mfl (1998) har sammenfattet referansedata fra valideringer blant normalpopulasjoner i USA og Vesteuropa der vi fra Sverige ser verdier på PCS på 50,3 (SD 8,5) og på MCS på 52,9 (SD 9,6).

Oppsummert i en forenklet figur (under) ser vi at våre deltakere skårer nokså likt med en svensk referansebefolkning når det gjelder fysisk helse, men markert svakere på mental helse. Likevel er det her en sterk fremgang på ca 5 prosentpoeng. Fra tilsvarende analyse etter pilotkursene høsten 2009 ser vi nå at tendensene er sterkere.



**Figur 17: Summerte gjennomsnitt MCS og PCS før/etter intervensjon.**

For å kvalifisere slike sammenhenger har vi gjort noen beregninger av stabiliteten av data for å undersøke om noen av disse positive endringene kunne tenkes å være statistisk signifikante. I figuren under har vi gjennomført en parret t-test av datasettet etter gruppe 4 våren 2010. De skraverte feltene viser signifikante endringer ved nivå 0,05.



Kategorier sf 12	Mean endring	t	Sig. (2-tailed)
Fysisk funksjonsevne (PF)	-2,8	-2,2	,04
Fysisk rolle (RP)	-5,7	-3,0	,00
Kroppslig smerte (BP)	-3,9	-2,2	,03
Generell helse (GH)	-1,2	-0,8	,42
Vitalitet (VT)	-1,9	-1,1	,27
Sosial funksjonsevne (SF)	-5,5	-2,8	,01
Emosjonell rolle (RE)	-6,6	-3,1	,00
Mental helse (MH)	-3,5	-2,0	,05
Fysisk komponentskåre (PCS)	-2,7	-2,2	,03
Mental komponentskåre (MCS)	-4,7	-2,4	,02

**Figur 18: Oversikt og analyse av endringer pre/posttest SF12. N=37**

Fra evalueringen 2009 (N=16) var det kun én - sosial funksjonsevne (SF) - som viste en statistisk signifikant endring. Utviklingen etter at vi har lagt til de 4 første deltakergruppene i 2010 viser påfallende stabile endringstall der 5 av 8 underkategorier og begge hovedkategoriene viser signifikant endring.

#### Helserelatert livskvalitet vs bakgrunnsfaktorer

På bakgrunn av resultatene over har vi gjort flere analyser for evt å isolere grupper og eller karakteristika ved deltakere som opplever økt helserelatert livskvalitet generelt og (kanskje) bedret opplevd mental helse spesielt.

Vi ser ingen systematiske sammenhenger mellom bedret helserelatert livskvalitet og bakgrunnsfaktorer. Det betyr at endringene i helserelatert livskvalitet – i dette datamaterialet – fordeler seg nokså jevnt både når det gjelder kjønn, alder, utdanning og om man bor alene/sammen med noen.

#### Helserelatert livskvalitet vs faginnlegg

Vi har søkt videre i datamaterialet og også vurdert de ulike fagbidragene for om mulig å isolere enkeltelementer med større/mindre betydning for endringer i helserelatert livskvalitet. Her ser vi at endring i hovedkategorien Mental Helse (MCS) korrelerer signifikant med hhv Faginnlegg "AKAN" og "Min plan" (Pearson correlation på 0,414<sup>\*</sup>/0,447<sup>\*</sup>)

	1	2	3	4	5	6	7	9
1 BP endring								
2 SF endring	-,025							
3 RE endring	,205	,578 <sup>**</sup>						
4 MH endring	,120	,707 <sup>**</sup>	,602 <sup>**</sup>					
5 MCS endring fra start til mål	,046	,785 <sup>**</sup>	,801 <sup>**</sup>	,892 <sup>**</sup>				
6 Faginnlegg - Kognitiv behandling	-,137	,400	,160	,426 <sup>*</sup>	,349			
7 Faginnlegg - Pårørende/Nettverk	,137	,082	,509 <sup>*</sup>	,038	,151	-,104		
8 Faginnlegg - AKAN	-,444 <sup>*</sup>	,453 <sup>*</sup>	,242	,479 <sup>*</sup>	,414 <sup>*</sup>	,670 <sup>**</sup>	,145	
9 Faginnlegg - Min plan	,182	,309	,595 <sup>**</sup>	,270	,447 <sup>*</sup>	,066	,486 <sup>*</sup>	,250

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Figur 19: matrise korrelasjoner SF 12 vs faginnlegg**

Videre ser vi flere underkategorier innen SF 12 som viser samvariasjon med enkeltelementer i intervensjonen. Dette kan oppsummeres i en tabell over.

Som vi ser har de nevnte faginnleggene (AKAN og Min plan) også korrelasjon med underkategorier innen helserelatert livskvalitet. AKAN har korrelasjon med 4 underkategorier mens ”Min plan-bolken” har svært sterk samvariasjon med role-emotional score.

## 5.0 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg kommentere og drøfte noen av resultatene mer inngående, og forsøke å besvare spørsmålene fra innledningen:

- a. Oppgaven skal gi en kort beskrivelse av prosjektering, innhold, gjennomføring og evaluering av et nytt mestringstiltak for arbeidstakere med ruslidelser.
- b. I hvilken grad har denne intervensjonen gitt måloppnåelse på
  - kunnskapsmål
  - helserelatert livskvalitet
  - pasientaktivering

Presisering av problemstilling b - kunnskapsmål

1. Bedret kunnskap om rus, ruslidelser og kjennetegn på avhengighetsutvikling
2. Bedret kunnskap om plikter, rettigheter, muligheter og begrensninger i et arbeidsforhold preget av rusbruk og rusrelatert sykefravær
3. Bedret generell kunnskap om hjelpetilbud fra frivillige og kommunale organisasjoner samt behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten
4. Bedret kunnskap og erfaring med frivillige nettverk og selvhjelpsgrupper; 12-trinnsbaserte grupper og andre

Presisering av problemstilling b – helserelatert mestring og livskvalitet

5. Bedret selvrapportert helserelatert Livskvalitet (“Short Form Health Survey”; SF12)
6. Bedret pasientaktiveringsmål (“Pasiient activity measure”; PAM)

### 5.1 Bedret livskvalitet?

Endringen innen helserelatert livskvalitet målt etter SF12 er tydelig på ”mental component score” (MCS). Dette er en sumskåre som forteller noe om egenrapportert mental helse der referansedata fra for eksempel Sverige ligger på i overkant av 50 – noe vi finner igjen i de fleste større grupper målt etter denne indeksen i den vestlige verden.

Vår deltakergruppe ligger tydelig lavt etter denne undersøkelsen med en gjennomsnittlig sumskåre på 33,8 i pretest ved kursstart. Før jeg analyserer dette videre, må jeg understreke at deltakergruppen ikke ble gjenstand for ytterligere undersøkelser – verken av somatisk eller psykisk helsetilstand. Derfor kan en forklaring på lav egenvurdering av mental helse kort og godt være psykisk lidelse – enten diagnostisert eller ikke.

Vi vet at mennesker med psykiske lidelser gjennomgående har mer og større rusproblemer enn befolkningen for øvrig. Det er et faktum at prevalensen av psykisk lidelse er høyere i en ruspopulasjon enn i befolkningen for øvrig (Waal 2005), eller motsatt; at prevalensen av ruslidelser er høyere i en populasjon med psykiske lidelser sammenlignet med befolkningen for øvrig. Psykiske lidelser som angst og depresjoner er kjente (skade)virkninger av langvarig storforbruk av rusmidler, men kan også være en årsak forstått for eksempel gjennom selvmedisineringsmodellen (ibid).

Det å nyte rusmidler er å eksponere seg selv for et kontrolltap, men konvensjoner i de brede sosiale lag tilsier at man skal ”ha kontroll over kontrolltapet”. Det betyr at man samtidig som

man drikker alkohol også skal ha sensibilitet for kontekst og hvilke formelle/uformelle rusregler som gjelder for den aktuelle situasjonen. Det å være et knepp for mye beruset til feil tid og evt på feil sted, er ofte vurdert som en nokså alvorlig sosial blunder, men ikke uopprettelig. Likevel, dersom atferden gjentas, vil mange felleskap temmelig raskt starte en uformell vurdering der begreper som ”manglende selvkontroll”, ”svak for det sterke” og ”avhengighet” fort kan bli nevnt.

Problemer med rusmidler har ofte sosiale konsekvenser, er belagt med skam og vi kan anta at våre deltakere har opplevd sin andel av sosiale vanskeligheter i forbindelse med rus. Over tid er det lett å forestille seg at slike erfaringer kan føre til isolasjon og en nedvurdering av egen mestringsevne og – for noen; redusert egenverdi i en grad at det går ut over mental helse.

Egenskaper ved *situasjonen* kan også ha betydning for deltakernes mentale helse. Man kan tenke seg at summen av eksponering av en skambelagt lidelse i en gruppe av fremmede mennesker i seg selv har ført til et redusert nivå av mental helse – stikk i strid med mestringstilbudets hensikt. Det er imidlertid noe usansynlig at en slik effekt har oppstått etter knappe 2 timer av dag 1 da vi gjennomfører undersøkelsen med pretest SF 12.

Oppsummert vil jeg mene at resultatene på SF 12 og da særlig pretest innen mental helse (MCS) på mange måter bekrefter kjente sammenhenger mellom rus- og psykiske lidelser. Til en slik sammenheng er det ulike forklaringsmodeller, Waal (2005) skiller f.eks mellom:

- Seleksjonshypotesen
- Felles årsak (sosial/psykologisk/genetisk)
- Psykiske lidelser som årsak til rusmiddelbruk (selvmedisinering)
- Rusmiddelbruk som årsak til psykiske lidelser
- Interaksjonsmodell

I denne oppgaven er det ikke stilt spørsmål som kan besvares med mer inngående drøfting av årsaker til samvariasjonen mellom rus- og psykiske lidelse.

Etter en intervensjon i form av et mestringstilbud over 14 dager ser vi altså en signifikant bedring særlig av hovedkategorien mental helse (MCS). I tabellen (figur 14 og 15) ser vi at denne endringen i hovedsak forklares av endringer innen ”social functioning score” og ”role-emotional score”. Når det gjelder endringen innen ”mental health score” er den hårfint ikke signifikant, men bør likevel nevnes.

Sosial fungering måles gjennom spørsmålet *”I løpet av den siste uka, hvor mye av tiden har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang som det å besøke venner, slektninger osv.?”* (SF 12, vedlegg 2).

Role-emotional score måles gjennom to spørsmål formulert som

I løpet av den siste uka, har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av følelsesmessige problemer som f.eks. å være deprimentert eller engstelig?

4a. Du har utrettet mindre enn du hadde ønsket

4b. Du har utført arbeidet eller andre gjøremål mindre grundig enn vanlig

Som vi ser, handler disse spørsmålene om ulike konsekvenser av følelsesmessige problemer; hhv sosiale konsekvenser gjennom sosial tilbaketrekking mv og mer ”produksjonsmessige” konsekvenser som å utrette mindre enn vanlig eller mindre grundig arbeid enn vanlig. Videre er sosial fungering knyttet til både ”fysisk helse og følelsesmessige problemer”, mens role-emotional score kun handler om følelsesmessige problemer, men også mer knyttet til konsekvenser i arbeidslivet.

Våre deltakere rapporterer altså en tydelig bedring på disse spørsmålene etter et 14 dagers mestringstilbud i regi av Oslo universitetssykehus. Vi har (selvsagt) ikke harde data på hvorvidt deltakerne de-facto har bedret sin helse på en slik måte at det har gitt konsekvenser for sosial omgang og/eller jobbresultater/kvalitet. Et utgangspunkt er følgelig at resultatene representerer reelle endringer og vi kan tolke hva som kan forklare disse.

Når vi skal argumenter for at intervensjonen fører til endret mental helse må vi se gjennom rasjonelle briller og sammenligne faginnhold og spørsmålsformuleringer. Gjennom mestringstilbudet lærer deltakerne om rusutvikling og konsekvenser og får ganske raskt et oppdatert begrepsapparat for avhengighetsutvikling og ulike skadevirkninger av rusbruk. Gjennom et begrepsapparat kan man sette ord på problemstillinger og ulike konsekvenser av rusmiddelbruk som et sosialt og samfunnsmessig fenomen, men tvinges av konteksten til å relatere denne kunnskapen til eget drikke- og rusmønster. Videre inviteres deltakerne til å planlegge og sette i verk tiltak for å endre livsstil der sosiale initiativ og økt nærvær i arbeidslivet er to sentrale områder.

Vi kan følgelig tenke oss at erkjennelse av skadevirkninger og evt av avhengighet kan føre til målrettet og endret prioritering av helse og livsstil, men vi kan også være vitne til mer overfladisk kompensasjonsaktivitet for å bevise for seg selv og andre at det ikke foreligger skadevirkninger.

Resultatene tyder på at deltakerne opplever en umiddelbar gevinst innen mental helse, og at dette enten gir effekt på de nevnte faktorene og/eller at man føler et sterkere sosialt eller oppgaverrelatert overskudd. Når eller om dette overskuddet blir tatt ut i form av konkrete sosiale aktiviteter eller arbeidsinnsats, vet vi ikke.

Poengene over tar alle utgangspunkt i en faktisk årsaksammenheng mellom intervensjon og resultater på MCS/SF 12. Her trenger det ikke være en kausal sammenheng, og et argument er meget praktisk idet deltakerne i perioden (med kursdeltakelse mellom kl 15-18) har langt mindre tid til sosial omgang i fritiden enn ellers. I samme gate kan man tenke seg at deltakerne blir slitne og sosialt utmattet av 3 timers mestringkurs på ettermiddagstid – noe som gjerne vil gå ut over øvrige sosiale initiativ. Dette er et poeng som bekreftes av kvalitative utsagn og evalueringskommentarer.

Når det gjelder role-emotional score relatert til arbeidslivet var det slik at deltakerne i ulik grad var i arbeid parallellt med deltakelse i mestringstilbudet. Her var det spredning fra enkelte som var 100% sykemeldte i perioden til de som var mer enn 100% på jobb. Et klart flertall av deltakerne var likevel mindre tilstede på jobb i perioden og rapporterte dette gjennom ulike grader av sykemeldinger og/eller fleksible løsninger med avspassing ol. En deltaker tok sågar ut 14 dager ferie for å delta i programmet.

Således stemmer denne tendensen dårlig med rapporterte resultater innen jobbrelatert effektivitet og kvalitet. Dette kan tolkes dels som at deltakerne evt jobbet svært effektivt og flittig i en

reduisert arbeidstid (for kanskje å kompensere for fravær), eller (som nevnt over) at man føler et overskudd man kan ta ut når man er tilbake i arbeid.

Selv om vi ennå er langt under krav til generaliserbare tall og/eller konklusjoner kan vi oppsummere med at:

- Deltakerne synes å ha en egenvurdering av fysisk helse på et gjennomsnittlig nivå med normalpopulasjoner i vest-europa
- Deltakerne har en svært lav egenvurdering av mental helse
- Et 14 dagers mestringskurs synes å ha en positiv innvirkning på deltakernes egenvurdering av mental helse (MCS)

Før vi går videre i analysen må vi ta tre grunnleggende forbehold:

1. En intervensjon over 14 dager kan vise positiv endring, men vi vet ikke om endringen er stabil før vi har fulgt opp med en oppfølgingstest en periode etter. Følgelig kan mye av endringene vi her ser forklares med klassisk Hawthorntenkning der oppmerksomheten hver enkelt deltaker oppfatter er det avgjørende mer enn spesifikke sider ved selve intervensjonen.
2. Videre er datamaterialet – selv om det nå består av i underkant av 40 respondenter – fortsatt for tynt til å si noe sikkert om stabile endringer med sammenheng til intervensjonen.
3. Vi ser også signifikant endringer for hovedkategorien Physical Component Score – uten at fysisk aktivitet har vært annet en et uformelt bitema i intervensjonen. Vi kan her spekulere i dualistiske sammenhenger, men velger i denne omgang å se bort ifra dette.

## **5.2 Bedret pasientaktivering?**

Vi har benyttet en norsk versjon av Pasientaktiveringsmål (PAM 13) som er valgt ut av ledere for norske læring- og mestringsentra som verktøy i evaluering og forskning. Råskåre etter sammenslåing av alle 13 påstander var hhv 42,2 ved kursstart og 43,4 etter kursslutt. Disse råskårene måles mot en aktiveringstabell som går fra 0-100 (samsvarende med nivå 1-4 i en "aktiveringsstige" over) og der våre resultater går fra 66 til 68,5.

Resultatene viser kun marginale endringer der ingen er signifikante, og dette gir et begrenset rom for tolkninger.

Et åpenbart poeng er at intervensjonen ikke synes å ha *reduisert* deltakernes aktiveringsmål, men at denne er uforandret eller marginalt bedret.

Der vi ser svakest resultater og størst endring/forbedring er i spørsmålene 10-13:

10. Jeg har opprettholdt de endringer i livsstil som jeg har gjort for helsens skyld
11. Jeg vet hvordan jeg skal forebygge forverring av min helsetilstand
12. Jeg kan finne løsninger når det oppstår nye situasjoner eller problemer med min helsetilstand
13. Jeg kan opprettholde endringer i livsstil, for eksempel kosthold og trening, også i perioder med stress

Dette er temaer som går rett inn i kjerneproblematikken til mennesker med overdrevet ruskonsum, og inviterer deltakerne til selverkjennelse når det gjelder livsstil og konsekvenser av denne. Gjennom mestringsprogrammet får deltagerne deretter informasjon, presentasjoner og ”smakebiter” på en rekke verktøy og løsningsmuligheter når det gjelder å screene, redusere og/eller velge totalavhold fra rusmidler. Forbedringen på disse spørsmålene reflekterer kanskje at deltakerne opplever flere mulige løsninger og kanskje reelle valgmuligheter når det gjelder eget rusproblem.

På de øvrige spørsmålene er endringene små, vi ser at deltakerne våre langt på vei skårer likt med en referansegruppe av diabetikere. Dette er interessant med tanke på for eksempel de tre spørsmålene under som har det til felles at de tematiserer pasientaktivering forstått som medisinsk/medikamentell selvstendighet i hjemmet.

4. Jeg vet hvordan de forskjellige medisinene jeg har fått foreskrevet skal virke
5. Jeg vet når jeg trenger medisinsk hjelp for et helseproblem og når jeg kan ta hånd om det selv
7. Jeg er sikker på at jeg kan gjennomføre den foreskrevne medisinske behandlingen hjemme

Nå har vi ingen data som belyser i hvilken grad våre deltakere har flere diagnoser som krever medisinsk/medikamentell behandling. Som nevnt innledningsvis er det derimot mye epidemiologisk kunnskap som dokumenterer komorbiditet både til somatisk og psykisk lidelse hos ruspasienter, men dette er ofte hos ruspasienter innlagt i klinikker og ikke arbeidstakere i et mestringsprogram.

Likevel er det grunn til å anta at våre deltakere har en større andel av somatisk og psykisk lidelse enn normalbefolkningen, og med tilhørende medikamentelle behandlingsmuligheter. Sett i lys av avhengighet- og misbrukspotensiale i flere av de relevante medikamentene, er kanskje spørsmålene over særlig aktuelle for deltakere med rusvansker.

Pasientaktiveringsmål ble utviklet for å møte behovet for et *”instrument som på en enkel måte gir et mål på kunnskap, ferdigheter og evne til å mestre egen helse og helsetjenestebruk”* (Steinsbekk 2008), og kan brukes *”til en inndeling av deltakere i fire nivåer. Slik kan man tilrettelegge opplæring basert på deltakernes ferdigheter”* (ibid). Dette siste poenget er ikke utnyttet, men gir assosiasjoner til et slags screeningsverktøy før en individuelt tilpasset pasientopplæring som samsvarer med nivåene 1-4.

På denne måten kan man trekke enkelte paralleller mellom nivåtenkningen i pasientaktiveringsmål og *”endringshjulet”* (Prochaska & DiClemente 1992) som brukes som en sentral teori for endring, vedlikehold og tilbakefall i læringstilbudet. Slike tanker åpner nye muligheter for å utvikle mestringsstilbudet i retning en trinnvis læringstilbud der innhold og metoder samsvarer med ulike nivåer for pasientaktivering evt også stadier i en endringsprosess eller et endringshjul.

Likevel; basert på analyser av tilgjengelige data kan vi ikke si at denne intervensjonen har gitt måloppnåelse på pasientaktivering målt etter PAM 13.

### 5.3 Hva med kunnskapsmålene?

Som nevnt under metode beskriver våre data ikke kunnskapsutvikling/læring, men hvorvidt deltakerne vurderer læringstilbudet som ”nyttig”, ”viktig”, ”bra” eller om de har ”lært noe nytt” (ref vedlegg 4).

Ansvar for valg av evalueringsdesign og evt instrumenter ligger selvsagt på kandidaten, men i dette tilfellet er det også betimelig å rette noen kritiske kommentarer til ”nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring” som på sine nettsider (mestring.no) tilbyr rådgivning og tips bla til utvikling og evaluering av mestringstiltak. Her ligger også standard evalueringsskjema og eksempler på lokale tilpasninger der vi finner igjen generelle spørsmål uten referanser til validering, og noe som tyder på tilfeldige valg av skalaer og svarkategorier.

Som nevnt kan vi med utgangspunkt i slike data vanskelig si noe fornuftig om deltakernes læringseffekt, men noe om deltakernes *forutsetninger* for å lære. Metodeproblemene er her både at paradoksale læringseffekter kan oppstå, men også at forutsetninger for læring også kan forklares med hawthorneffekter. På denne måten kan deltakere begeistres av ny kunnskap, men effekten er kortvarig og ikke sporbar til et aktuelt faginnhold.

Ser vi på resultatene for hhv hovedelementer og enkelte faginnlegg ser vi først at forskjellene blir større når innholdet konkretiseres. Når det gjelder hovedelementer ser vi ellers at ”tips og gode råd” vurderes som mest viktig, mens ”sosialt samvær” og å ”dele mine erfaringer” får lavest skåre, men forskjellene er små.

Dette tyder på deltakerne søker konkrete bidrag og erfaringsbasert kunnskap. Symptomatisk for ruslidelser som sosialt stigma er at deltakerne gjerne lytter til andres erfaringer, men i mindre grad er villig til å dele sine egne.

Går vi til de konkrete faginnleggene er forskjellene noe større. Særlig er det et tema som peker seg ut med lavere skåre – medikamentell behandling. Dette er for det første et signal om at temaet vurderes som mindre viktig enn andre. Det kan også bety at det er presentert på en måte der deltakerne ikke er blitt godt nok ivaretatt og gjerne har blitt sittende passive.

Med utgangspunkt i korrelasjonsstudier av SF12 resultater har vi studert hvilke enkelttemaer i tilbudet som har hatt hvilken effekt innen helserelatert livskvalitet (kap 4.3). I denne analysen ser vi at det er tematiseringen av AKAN som gir bredest respons hos deltakerne og korrelerer signifikant med både ”sosial fungering”, ”mental helse” og sumfaktoren ”mental component score” (MCS).

Bolken med AKAN er altså vurdert som sentral for deltakernes bedring av flere komponenter innen helserelatert livskvalitet. Dette kan forklares med deltakernes tilknytning til arbeidslivet og uttrykte ønske om å opprettholde arbeidet vs redsel for å miste jobben som et resultat av rusmiddelbruk. I denne sammenhengen har AKAN mange forestillinger hos ulike personer – ofte farget av kunnskapsmangel og/eller anekdotisk kunnskap. ”*Det å signere en AKAN-avtale, er det samme som å signere sin oppsigelse*” (kvalitativt kommentar).

I denne sammenhengen møter deltakerne AKAN som både et (1) system for frivillige og forebyggende tiltak på arbeidsplassen, (2) en avtalefestet ”siste sjanse” der det foreligger brudd på reglement og (3) en individuell kognitiv basert (del)løsning gjennom ”Balance”. Balance er et nettbasert program for screening og intervensjon gjennom reduksjon eller totalavhold basert på kognitiv og positiv psykologisk tilnærming. ([www.akan.no](http://www.akan.no))



Faginnlegget "Min plan" korrelerer signifikant med "role-emotional score" og sumfaktoren "mental component score" (MCS). Dette henger rasjonelt godt sammen da deltakerne gjennom denne bolken inviteres og utfordres til å planlegge en stegvis livsstilsendring der man både initierer tiltak mot en ruslidelse samtidig som man frigjør tid man må fylle med aktivitet. Det samme kan sies om korrelasjonen mellom "pårørende/nettverk" og "role-emotional score".

Oppsummert kan vi ikke basert på tilgjengelige data si at vi gjennom mestringstilbudet har nådd målene om

- Bedret kunnskap om rus, ruslidelser og kjennetegn på avhengighetsutvikling
- Bedret kunnskap om plikter, rettigheter, muligheter og begrensninger i et arbeidsforhold preget av rusbruk og rusrelatert sykefravær
- Bedret generell kunnskap om hjelpetilbud fra frivillige og kommunale organisasjoner samt behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten
- Bedret kunnskap og erfaring med frivillige nettverk og selvhjelpsgrupper; 12-trinnsbaserte grupper og andre

Dette er fire målformuleringer med betydelig bredde som både er ambisiøse og krever spesifikke evalueringsinstrumenter for å kunne evalueres. I denne evalueringen har vi ikke benyttet et design som gjør det mulig å sjekke ut om disse målene er nådd.

Vi ser likevel at deltakerne vurderer og rangerer hovedelementer og enkelttemaer som "bra" og "viktig". Når det gjelder bredde i kursinnhold sier en deltaker at det som var spesielt nyttig var *"bredden/spekteret av informasjon som gav meg muligheter til å plukke informasjon eller verktøy som jeg føler passer for meg"* (kvalitativ kommentar)

Med der vi ikke nådde formulerte kunnskapsmål ser vi at enkeltelementer viser en signifikant rolle i endringen av helserelatert livskvalitet. Dette er sentrale innsikter som viser spennende sammenhenger og at vi ikke må se oss blinde på enkle evalueringsdata.

## **5.4 Tiltaksutvikling og kostnader**

I kap 3.4.6 er det gjort noen enkle overslag over investerte midler til utvikling og pilotering (2009) og drift (2010) av dette mestringstilbudet.

I 2009 foregikk en utviklingsbasert pilotering som gir en kostnad pr deltaker på kr 5175,-. I 2010 er bildet mer komplisert da det basert på budsjettet deltakelse (100 deltakere) skal bli en kostnad på 11.131,- pr deltaker, men basert på reell deltakelse halvveis ser ut til å bli ca 60 deltakere på årsbasis – noe som tilsier en stykkpris på 18.850,- I denne ligger også kostnader til markedsføring/annonsering på kr 300.000,- som ikke er sammenlignbar med annen rusbehandling.

Kost-nytte-vurderinger av ulike rusbehandlingstilbud er tallrike i internasjonal litteratur, men heller sjeldne i Norge. Et unntak er Melberg mfl (2003) som i sammendraget oppsummerer at en konsultasjon ved et psykiatrisk ungdomsteam (PUT) *"kostet nesten like mye (1900 kroner), mens behandling i MAR kostet noe over 300 kroner pr døgn. PUT-klientene var i gjennomsnitt inne til 14 konsultasjonstimer i løpet av den toårige observasjonstiden. Kostnaden for en gjennomsnittsklient i PUT ble derved over 26 000 kroner i løpet av observasjonstiden"*. I rapporten drøfter man også nytte opp mot kostnader og finner at MAR gir best nytte på redusert

heroinbruk mens PUT såg ut til å gi best forbedring på psykiske plager – begge deler pr ”investerte” 100 000 kroner.

Vi skal her ikke generalisere tallene over, noe som forfatterne advarer sterkt imot. Likevel er dette det beste norske eksemplet fra rusfeltet man kan sammenligne kostnader og nytte med. Det er naturlig nok kostnader å spare når man går fra individuelle konsultasjoner (ved for eksempel PUT) til mestringstilbud i grupper med opp til 10 deltakere. Bryter vi tallene ned til kostnad pr time pr deltaker vil mestringsdeltakeren vår koste 785,- sammenlignet med PUT-klienten som koster 1857,- (2003-kroner). Dersom vi fjerner kostnaden til markedsføring/annonsering (over) faller ”timeprisen” til 577,- (2010-kroner). Med 6 deltakere pr gruppe får vi en timepris pr deltaker på ca 1/3 av det en individuell konsultasjon koster (i 2003-kroner).

Vi skal ikke her føre denne tankerekken mye lenger, men oppsummere at det er grenser for hvor langt ned man kan presse prisen ved å dreie individuelle konsultasjoner i retning av mestringstilbud i grupper. Dessuten er det her svært krevende å sammenligne ”nytte” representert ved bla forbedret psykisk helse etter behandling i PUT og forbedret helselatert livskvalitet etter et mestringsprogram i gruppe.

## 6.0 Oppsummering og videre forskning

I denne oppgaven her jeg gitt en bred beskrivelse av utvikling, pilotering og gjennomføring av et mestringstilbud (pasient- og pårørendeopplæring) rettet mot en målgruppe definert som arbeidstakere med rusrelatert sykefravær. I del II er selvrappporterte data fra deltakere tom våren 2010 gjort gjenstand for en evaluering etter kunnskapsmål, mål om bedret ”pasientaktivering” (PAM 13) og helserelatert livskvalitet (SF 12).

I diskusjonen har jeg gjort rede for at datagrunnlaget basert på ”offisielle” evalueringsskjema - utviklet av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring – vanskelig kan danne grunnlag for å fastslå måloppnåelse på definerte kunnskapsmål. Når det gjelder mål om bedret ”pasientaktivering”, har jeg heller ikke funnet stabile effekter som kan tilskrives intervensjonen.

Innen helserelatert livskvalitet viser analysen signifikante effekter på flere delfaktorer og hovedkategorien ”mental helse” (MCS), men jeg konkluderer varsomt da feilkildene er mange og jeg ikke har gjort en posttest en tid etter intervensjonen.

I en evt oppfølgingundersøkelse vil det være naturlig å samle inn data fra mulige respondenter pr årsskiftet 2010/2011 – et utvalg man kan anta ligger på ca 75 respondenter. I et slikt design vil vi følge opp SF 12 og evt Pam 13, men også legge til spørsmål om

- (økt) arbeidsdeltakelse
- (redusert) rusbruk/(bedret) ruskontroll
- (redusert) sykefravær

På denne måten vil datagrunnlaget kunne bli noe mer robust, gi et mer helhetlig bilde og prosjektet kan øke sin relevans både for oppdragsgivere og finansierende aktører, men også for gamle og evt nye deltakere.

## 7.0 Litteratur

AA, Great Britain. General service board of Alcoholics Anonymous (2004). "*Veien til AA*". (Norsk utgave av informasjonsfilm)

Aker LMS, Udatert. "*Ideologi og medode for Læring- og mestringssentre*". Notat Aker universitetssykehus.

Baklien, B. mfl (2007). "*Regionsprosjektet – nyttig forebygging?*". SIRUS-rapport 2007/6.

Borgan, Jen-Kristian og Pedersen, Anne Gro (2009) "*Helse: Er helsen avhengig av hvor vi bor?*" SSB Samfunnsspeilet

Bretteville-Jensen, A. L. & Amundsen, E. J. (2006). "*Omfang av sprøytemisbruk i Norge*". SIRUS-rapport nr 5/2006.

Byrkjeland, B. (2009) "*Evaluering av LMS-tilbud (Raskere tilbake)*" Rapport til helse Sør Øst

Byrkjeland, B. (2010) "*Evaluering av LMS-tilbud (Raskere tilbake)*" Rapport til helse Sør Øst

Byrkjeland, B. (2007). "*Om NAV; Raskere Tilbake – status og tiltakselementer Klinikk rus og avhengighet*". Internt notat

Bø, I. & Schiefloe, P. M. (2007) "*Sosiale landskap og sosial kapital : innføring i nettverkstenkning*". Universitetsforlaget

de Vibe M. (2003) "*Oppmerksomhetstrening – en metode for selvregulering av helse*". Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 21: 3062–4.

de Vibe, Moum, (2006) "*Oppmerksomhetstrening for pasienter med stress og kroniske sykdommer*". Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126:1898-902

Ellis A. (1973), "*Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*". McGraw-Hill

Fekjær, H. O. (2005), "*Rus*" Gyldendal akademisk.

Forsyth, D. R. (2010), "*Group dynamics*". Belmont

Grønmo, S. (1996). I kvalitative metoder i samfunnsforskning. Holter, H. og Kalleberg R. (red) "*Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger i samfunnsforskningen*". Universitetsforlaget

Hellevik, O. (2002). "*Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*" Universitetsforlaget  
Helse Sør-Øst RHF og Oslo Kommune (2009) "*Rusakutt i Oslo*". Sluttrapport fra arbeidsgruppe"

Hibbard J. H. (m fl) (2004) "*Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers*". Health Services Research

HOD (2005). *"Fra stykkevis til helt"*, NOU 2005:3

Holmås, T. H. & Kjerstad, E. (2010). *"Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester – delrapport 3"*. SNF-rapport 07/10

Holter, H. (1996). I kvalitative metoder i samfunnsforskning. Holter, H. og Kalleberg R. (red) *"Fra kvalitative metoder til kvalitativ samfunnsforskning"*. Universitetsforlaget

Holth, P (2008), *"Læringsbasert rusbehandling"* . Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 45, nummer 10, 2008, side 1276-1284

Kopjar B. *The SF-36 health survey: a valid measure of changes in health status after injury. Inj Prev.* 1996 Jun;2(2):135-9.

Kristensen Ø, Vederhus J. (2005) *"Selvhjelpsgrupper i rusbehandling"*. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:2798-801

Kroese A. (1999). *"Hvordan redusere stress med oppmerksomhetsmeditasjon"*. Oslo: Aschehoug.

Kverme A. (1990) *"Anonyme Alkoholikere: et fellesskap til stor hjelp for alkoholikere"*. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 606–7.

Lilleeng, S. (2007). *"Pasienter med rusmiddelmisbruk og samtidige psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne"* SINTEF Helse

Loge JH, Kaasa S, Hjermsstad MJ, Kvien TK. (1998), *"Translation and performance of the Norwegian SF-36 Health Survey in patients with rheumatoid arthritis"*. I. Data quality, scaling assumptions, reliability, and construct validity. J Clin Epidemiol. 1998 Nov;51(11):1069-76.

Mangione, T. (m.fl) (1999) *"Employee drinking practices and work performance"*. J.Stud.Alcohol, 60, 261-270

Melberg, H. O., Lauritzen, G., Ravndal E. (2003). *"Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad"*. SIRUS rapport nr 4/2003

Mørland, J. (2003). *"Alkohol i kroppen"*. Hefteserie, Helsedirektoratet

Mørland, J. (2003). *"Alkohol og lækjemiddel"*. Hefteserie, Helsedirektoratet

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2010) *"Prosjekt: Tiltak for å forhindre frafall innen rusbehandling"*. Prosjektbeskrivelse

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), (2001) *"Project Match Research Group. Project MATCH hypotheses: Results and causal chain analyses"*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Norström, Thor & Moan, Inger Synnøve (2009), [Per capita alcohol consumption and sickness absence in Norway](#). (SIRUS)

- Prochaska, J. O., DiClemente, J. J. & Norcross, J. C. (1992). *"In search of how people change. Application to addictive behaviors"*. American Psychologist, 47, 1102-1114
- Sellman, D. (2009) *"The 10 most important things known about addiction"*. Addiction 2009; 105:6-13. Til norsk v/ Bramness, J. G.
- SIRUS (2000) *"Studenter og rusmidler"*
- SIRUS (2008) *"Rusmidler i Norge 2008"*
- Steinsbekk, A. (2008) *"Måling av effekt av pasientopplæring"*. I Tidsskr Nor Legeforen nr 20, 2008; 2316-8
- Strand, B. H. & Steiro, A. (2003). *"Alkoholbruk, inntekt og utdanning i Norge 1993-2000"*. Tidsskrift for Nor Lægeforening 2003; 123:2849-53
- Strand J. (2009). *"Til Vidunderlige nye verden – på blå resept?"*. Michale 2009;6:411-8.
- Søvik, M L, Larsen T (2008) *"Kronisk syke har nytte av selvhjelpskurs"*. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128:2085-6
- Urnes, J. A. (2009) *"Pasientopplæring ved gastroøsofageal reflukssykdom"*. NTNU
- Vederhus, J-K mfl; (2008) *"Tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper: En ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige"* Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 45, nummer 10, 2008, side 1268-1275
- Ware JE Jr, Sherbourne CD. (1992) *"The MOS 36-item short-form health survey (SF-36)"*. I Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992 Jun;30(6):473-83.
- Waal, H (2005) *"Sammenheng mellom ulike rusmidler og psykisk lidelse"* Konferansenotat mars 2005
- Ware JE Jr. (2000). *"SF-36 health survey update"*. Spine. 2000 Dec 15;25(24):3130-9.
- West, Robert (2006) *"Theory of addiction"*. Blackwell publishing

**Spørreskjema før læringstilbud ved Lærings- og mestringssenteret**

**Navn på læringstilbudet :** MESTRE JOBBEN – MESTRE LIVET

**Jeg ønsker å delta på kurset fordi :**

.....  
.....

**Hvordan fikk du informasjon om læringstilbudet?** (Kryss av for alle som er aktuelle for deg)

- a) Fastlegen fortalte om det ☐
- b) Jeg fant det på internett ☐
- c) Personalet på sykehuset fortalte meg om det ☐
- d) Fant en brosjyre på sykehuset ☐
- e) Jeg spurte etter det på sykehuset ☐
- f) Familie/venner fortalte om det ☐
- g) Fikk en brosjyre fra brukerorganisasjonen ☐
- h) Fikk vite om det fra en som har vært på kurs tidligere ☐
- i) Annet, beskriv det : .....

Deltar du som pårørende (hvis ja, sett kryss)

**Noen opplysninger om deg selv:** Tallene som står i parantes er totalt antall deltagere

**Kjønn:** Kvinne ☐ Mann ☐ Alder: ..... år

**Utdanningsnivå :** Grunnskole ☐ Videreg./artium/fagbrev ☐ Høgskole/universitet ☐

**Bosituasjon:** Bor sammen med noen ☐ Bor alene ☐

# Spørreskjema etter læringstilbud ved Lærings- og mestringssenteret

Navn på læringstilbudet MESTRE JOBBEN – MESTRE LIVET

Kjønn:                      Kvinne ☐                      Mann ☐                      Alder: ..... år

Utdanningsnivå :      Grunnskole ☐      Videreg./artium/fagbrev ☐      Høgskole/universitet ☐

Bosituasjon:              Bor sammen med noen ☐                      Bor alene ☐

2              Læringstilbudet var nyttig for meg              Ja ☐      Nei ☐      Både/og ☐

Hva var spesielt nyttig for deg? .....

3              Det var noe jeg savnet      Ja ☐      Nei ☐      Både/og ☐

Hvis ja, hva var det du savnet? .....

4              Hvor viktig var de ulike delene av læringstilbudet når det gjelder å bedre din situasjon? Sett kryss.

		Ikke viktig	Lite viktig	Noe viktig	Viktig	Meget viktig	Var ikke innslag på kurset
a - Brukerpanel							
b - Det å snakke med fagfolk							
c - Samtaler i gruppen							
d - Høre andres erfaringer							
e - Dele mine erfaringer							
f - Få tips og gode råd							
g - Sosialt samvær							
h - Innlegg om	1) Avhengighetsutvikling						
	2) Skadevirkninger						
	3) Medikamentell behandling						
	4) Kognitiv behandling						
	5) Livsstyrketrening						
	6) Selvhjelpsgrupper/AA						
	7) Pårørende/nettverk						
	8) Hjelpeapparatet						
	9) AKAN						
	10) Min plan						
	11) Motivasjon						
	12) Var det overlappende innlegg? Nevn disse:						



Andre forhold, kryss av det som passer for deg		Helt enig	Litt enig	Verken enig/uenig	Delvis uenig	Helt uenig
5	Det var en passe stor gruppe					
	Hvis uenig, hva mener du vil være passe antall i gruppen?					
6	Det ble brukt et språk jeg forsto					
	Hvis uenig, hva kunne vært gjort annerledes?					
7	Jeg ønsker meg mer skriftlig materiell å ta med hjem					

8 Hvor bra var læringstilbudet? *Sett et kryss i den ruten som passer best for din erfaring*

Ikke bra ☐ Bra ☐ Meget bra ☐

9 Har du lært noe nytt? Ja ☐ Nei ☐

Hvis, ja, nevnt dette .....

10 Hva var viktigst for deg i dette læringstilbudet? .....

.....

11 Er det noe du ønsker skal bli endret? Skriv der her .....

.....

12 Hvis du kunne ønske deg noe mer, kryss av for det som er viktig for deg:

• Et oppfølgende læringstilbud ☐

• En selvhjelpsgruppe ☐

• Individuell oppfølging ☐

- pr. e-post ☐

- pr. telefon ☐

- i chat room/forum ☐

- personlig kontakt ☐

• Annet, beskriv .....

13 I forhold til mitt sykdoms-/behandlingsforløp kom dette læringstilbudet

For sent ☐ I rett tid ☐ For tidlig ☐ Usikker ☐

## PAM 13

Under står noen utsagn som folk av og til bruker når de snakker om helsen sin. Marker i hvor stor grad du er enig eller uenig med hvert utsagn ved å sette et kryss under det svaret du mener passer for deg. Svaret ditt skal være det du mener og ikke hva du tror legen eller andre ønsker at du skal svare. Hvis utsagnet ikke gjelder for deg kan du krysse av for "Ikke aktuelt".

	Helt uenig	Nokså uenig	Nokså enig	Helt enig	Ikke aktuelt
1. Når alt kommer til alt er jeg selv ansvarlig for å ta hånd om min egen helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Det aller viktigste for min egen helse og funksjonsevne er at jeg tar aktiv del i behandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg er sikker på at jeg kan gjøre det som er nødvendig for å forebygge eller redusere symptomer eller problemer som skyldes min helsetilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg vet hvordan de forskjellige medisinene jeg har fått foreskrevet skal virke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg vet når jeg trenger medisinsk hjelp for et helseproblem og når jeg kan ta hånd om det selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg er trygg nok til å kunne ta opp det jeg ønsker, selv om helsepersonell ikke spør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg er sikker på at jeg kan gjennomføre den foreskrevne medisinske behandlingen hjemme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg forstår både hva helseproblemene mine dreier seg om og årsaken til dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jeg vet om de ulike behandlingsmuligheter for min helsetilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jeg har opprettholdt de endringer i livsstil som jeg har gjort for helsens skyld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jeg vet hvordan jeg skal forebygge forverring av min helsetilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jeg kan finne løsninger når det oppstår nye situasjoner eller problemer med min helsetilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jeg kan opprettholde endringer i livsstil, for eksempel kosthold og trening, også i perioder med stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Draft

## Din Helse og Trivsel

**INTRODUKSJON:** Dette spørreskjemaet handler om hvordan du ser på din egen helse. Disse opplysningene vil hjelpe oss til å få vite hvordan du har det og hvordan du er i stand til å utføre dine daglige gjøremål. *Takk for at du fyller ut dette spørreskjemaet.*

For hvert av de følgende spørsmålene vennligst sett et (X) i den ene luken som best beskriver ditt svar.

### 1. Stort sett, vil du si at din helse er:

☐ Utmerket    ☐ Meget god    ☐ God    ☐ Nokså god    ☐ Dårlig

### 2. De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. Er din helse slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå? Hvis ja, hvor mye?

	Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
b. <u>Moderate aktiviteter</u> som å flytte et bord, støvsuge, gå en tur eller drive med hagearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Gå opp trappen <u>flere</u> etasjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. I løpet av den siste uka, hvor ofte har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av din fysiske helse?

	Hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
b. Du har <u>utrettet mindre</u> enn du hadde ønsket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Du har vært hindret i å utføre <u>visse typer</u> arbeid eller gjøremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4. I løpet av den siste uka, hvor ofte har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller andre av dine daglige gjøremål på grunn av følelsesmessige problemer (som for eksempel å være deprimert eller engstelig)?

	Hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
b. Du har <u>utrettet mindre</u> enn du hadde ønsket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Du har utført arbeidet eller andre gjøremål <u>mindre grundig enn vanlig</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. I løpet av den siste uka, hvor mye har smerter påvirket ditt vanlige arbeid (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)?

☐ Ikke i det hele tatt    ☐ Litt    ☐ En del    ☐ Mye    ☐ Svært mye

6. Disse spørsmålene handler om hvordan du har følt deg og hvordan du har hatt det den siste uka. For hvert spørsmål, vennligst velg det svaralternativet som best beskriver hvordan du har hatt det. Hvor ofte i løpet av den siste uka har du:

	Hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
d. Følt deg rolig og harmonisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hatt mye overskudd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Følt deg nedfor og deprimert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. I løpet av den siste uka, hvor ofte har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang (som det å besøke venner, slektninger osv.)?

☐ Hele tiden    ☐ Mye av tiden    ☐ En del av tiden    ☐ Litt av tiden    ☐ Ikke i det hele tatt